CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2015-2016

Québec

Tables des matières

1. Le message des autorités 6

2. La déclaration sur la fiabilité des données et des contrôles afférents 8

3. La présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux 8

4. La présentation de l'établissement et les faits saillants
- Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent 15
- Le conseil d'administration 16
- Les comités, les conseils et les instances consultatives 18
- Les rapports des directions 28

5. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 51

6. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité
- L'agrément 85
- Perspectives d'action pour la prochaine année au sein du CISSS du Bas-Saint-Laurent 88
- La sécurité des soins et des services 88
- L'examen des plaintes et la promotion des droits des usagers 89
- L'information et la consultation de la population 89

7. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie 93

8. Les ressources humaines
- Les ressources humaines de l'établissement 97
- La gestion et le contrôle des effectifs 97

9. Les ressources financières
- Les états financiers 101
- L'équilibre budgétaire 112
- Les contrats de service 112

10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 115

11. Les organismes communautaires 121

Annexe Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs 129

DÉPÔT LÉGAL
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
ISBN : 978-2-550-76529-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-76529-1 (version PDF)

Sigles et acronymes

A-B	AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
	AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
	APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
	ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
	AVC	Accident vasculaire cérébral
	AVQ	Activité de vie quotidienne
	BARRI	Bilan annuel des réalisations et bénéfices réalisés
	BNQ	Bureau de normalisation du Québec
	BSL	Bas-Saint-Laurent
C	CA	Conseil d'administration
	CAAP-BSL	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent
	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	CDCBSL	Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent
	CDJC	Centre de jour communautaire
	CECII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
	CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
	CESS	Centre d'expertise et de santé de Sherbrooke
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CII	Conseil des infirmières et infirmiers
	CIR	Commission infirmière régionale
	CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
	CJ	Centre jeunesse
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CM	Conseil multidisciplinaire
	CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
	COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé Scolarisé et en Santé
	CPE	Centre de la petite enfance
	CR	Centre de réadaptation
	CRD	Centre de réadaptation en dépendance
	CRÉ	Conférence régionale des éluEs
	CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
	CRDS	Centre de répartition des demandes de services
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
	CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
	CSU	Centre de soutien aux utilisateurs
	CUC	Comité des usagers continué
	CUCI	Comité des usagers du Centre intégré
D-E	DAI	Dossier d'affaires initial
	DACD	Diarrhées associées au clostridium difficile
	DCI	Dossier clinique informatisé
	DG	Directeurs généraux
	DI	Déficience intellectuelle
	DMÉ	Dossier médical électronique
	DO	Développement organisationnel
	DP	Déficience physique
	DPJ	Direction de la projection de la jeunesse
	DQC	Direction québécoise du cancer
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSPu	Direction de santé publique
	DSQ	Dossier de santé du Québec
	EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement
	ERV	Enthérocoque résistant à la vancomycine
	EES	Entreprise d'économie sociale
G-J	GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
	GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
	GMF	Groupe de médecine de famille
	GMFU	Groupe de médecine de famille universitaire
	INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
	IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
	JED	Jeunes en difficulté
L-M	LCOP	Loi sur les contrats des organismes publics
	LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
	LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux

	MELS	Ministère de l'Éducation et de l'enseignement supérieur
	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
	MRC	Municipalité régionale de comté
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O-P	ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
	PAL	Plan d'action local de santé publique
	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
	PAR	Plan d'action régional de santé publique
	PARI	Planification des activités en ressources informationnelles
	PCEM	Plan de conservation des équipements médicaux
	PCENM	Plan de conservation des équipements non médicaux
	PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
	PCI	Prévention et contrôle des infections
	PDG	Présidente-directrice générale
	PDGA	Président-directeur général adjoint
	PDRH	Plan de développement des ressources humaines
	PEM	Plan d'effectifs médicaux
	PI	Plan d'intervention
	PII	Plan interdisciplinaire d'intervention
	PIV	Programme d'identification visuel
	PLAIDD-BF	Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas-du-Fleuve
	PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
	PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
	PQI	Plan québécois des infrastructures
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PSI	Plan de services individualisé
	PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
	PTPARI	Planification triennale unifiée des projets et activités en ressources informationnelles
R	RDM	Retraitement des dispositifs médicaux
	RI	Ressource intermédiaire
	RTF	Ressource de type familial
	RLS	Réseau local de services
	RPA	Résidence privée pour aînés
	RORC	Responsable de l'observation des règles contractuelles
	RSIPA	Réseau de services intégrés personnes âgées
	RTS	Réseau territorial de services
	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S-T	SAD	Soutien à domicile
	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
	SARM	Staphylococcus aureus résitant à la méthicilline
	SERG	Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique
	SIGCH	Système d'information pour la gestion de la coordination à l'hébergement
	SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
	SQI	Société québécoise des infrastructures
	SRISIS	Service régional Info-Santé et Info-Social
	SRPPST	Service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs
	TCABSL	Table de concertation des personnes aînées du Bas-Saint-Laurent
	TCGFBSL	Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent
	TDAH	Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
	TED	Trouble envahissant du développement
	TGC	Troubles graves du comportement
	TNO	Territoire non organisé
	TSA	Troubles du spectre de l'autisme
U-V	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAR	Université du Québec à Rimouski
	UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
	UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
	VES	Vieillir en santé

1 LE MESSAGE DES AUTORITÉS

De grands défis pour notre réseau régional de santé et de services sociaux

Le 1er avril 2015 marquait un tournant historique pour le réseau de la santé et des services sociaux québécois. Une réorganisation sans précédent qui a mis en perspective la volonté ferme du ministère de la Santé et des Services sociaux de placer davantage les besoins de nos usagers au cœur de nos prises de décisions et de nos actions. Un an plus tard, nous avons accompli beaucoup et c'est grâce au personnel, aux professionnels de la santé, aux bénévoles et aux médecins qui œuvrent avec engagement, compétence et humanisme dans chacune de nos installations.

Aujourd'hui, le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent est une seule et même organisation qui trouve graduellement ses repères et son rythme de croisière. Au cours de la dernière année, nous avons mis en place notre nouveau plan d'organisation, nommé des répondants d'installations, mis sur pied les instances professionnelles et créé un Bureau de soutien à la transformation. La structure de gestion administrative et clinique de notre organisation est complétée, le nombre de cadres supérieurs et de hors-cadres est passé de 72 à 31 et le nombre total de gestionnaires, de 289 à 252. Par ailleurs, le ministre de la Santé et des Services sociaux a procédé à la nomination des membres de notre conseil d'administration, lequel est en fonction depuis le 1er octobre 2015, et ses divers comités ont également été formés.

Le maintien des services à la population : notre priorité

Après la mise en place des éléments structurants de notre CISSS, nous sommes désormais au cœur d'une transformation clinique qui s'articule autour des grandes orientations de la Loi 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, à savoir l'accessibilité, la sécurité, la qualité et la fluidité dans le parcours de soins et de services aux usagers et à la population. Déjà, nous pouvons apprécier des gains en matière d'accès aux soins et services dans toute notre région, notamment l'amélioration de l'accès à un médecin de famille, la performance de nos urgences et une fluidité accrue d'utilisation des lits de courte durée et d'hébergement. De nouveaux corridors de services ont également été consolidés entre nos différentes installations et d'autres se créeront progressivement entre les programmes et les services. La collaboration des équipes à cet égard est digne de mention.

Un suivi rigoureux des cibles

Le suivi des livrables de l'entente de gestion convenue entre le CISSS et le MSSS a également fait l'objet d'un suivi rigoureux de la part de la direction, et ce, sur une base continue et malgré le tumulte des derniers mois. Nous avons rencontré les engagements que nous nous sommes fixés, notamment en regard de la mise en œuvre de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, l'implantation de la loi sur les soins palliatifs de fin de vie, les priorités régionales en santé publique, le Plan d'amélioration de l'accès en déficience, le soutien à l'autonomie des personnes âgées, l'accès aux services médicaux ainsi que la qualité et la sécurité des soins et des services. Plusieurs travaux ont également été réalisés pour ancrer davantage le réseau régional dans l'ère numérique, notamment dans le cadre de la poursuite du déploiement du Dossier de santé du Québec (DSQ) ainsi que du Dossier médical électronique (DMÉ).

Le pouls de nos installations

Depuis la création du CISSS, la haute direction a effectué trois tournées des installations. Ces moments privilégiés ont permis d'aller sur le terrain et de prendre le pouls de toutes nos installations en rencontrant des équipes, des gestionnaires, des médecins ainsi que des représentants des fondations et des comités des usagers, que ce soit dans les centres hospitaliers, les CLSC, les CHSLD ou dans les installations spécialisées en réadaptation ou en protection de la jeunesse.

Par ailleurs, nous avons réalisé un exercice sur la vision, les valeurs et la philosophie de gestion du CISSS. Un comité a jeté les bases de ces trois incontournables qui ont fait l'objet de plusieurs discussions en séance de travail du comité de direction. Ces énoncés ont par la suite été soumis aux gestionnaires, à l'ensemble du personnel du CISSS, aux comités des usagers ainsi qu'aux médecins et ils seront adoptés par le conseil d'administration prochainement.

Des défis emballants

Au cours des prochains mois, nous allons faire évoluer plusieurs grands chantiers prioritaires. Parmi ceux-ci, la Loi 2, Loi sur les soins de fin de vie, la qualité des soins et services en CHSLD et l'utilisation appropriée des places d'hébergement, l'intensification des services en soutien à domicile, l'accès aux services médicaux spécialisés, le Plan d'action régional en santé publique, le guichet d'accès, le continuum Accident vasculaire cérébral (AVC), la clinique neurodéveloppementale 0-7ans, l'accès aux services médicaux de 1re ligne et Optilab. En filigrane de tous ces dossiers, la qualité et la sécurité des soins et des services offerts aux usagers de notre réseau doivent demeurer une priorité absolue et incontournable.

Bien que la période de grands changements ne soit pas terminée, nous avançons avec détermination vers les objectifs que nous nous sommes fixés. Contraints d'œuvrer dans un contexte budgétaire complexe qui nous amène à prendre des décisions parfois difficiles, mais toujours lucides et rationnelles, nous comptons sur le soutien des directeurs, des gestionnaires, des cliniciens et des équipes pour mettre en œuvre notre plan d'optimisation. Les prochains mois comporteront leur lot de défis considérables, mais nous savons qu'en plaçant les besoins des usagers au cœur de chacune de nos décisions, nous réussirons notre pari.

Réussir ensemble cette transformation au bénéfice des usagers

Il nous appartient collectivement d'insuffler, à cette grande transformation, les orientations et la cohésion régionales qui nous sont propres. À cet égard, nous transmettons nos plus chaleureux et sincères remerciements aux administrateurs, au personnel, aux médecins et aux bénévoles du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour leur expertise, leur loyauté et leur détermination. Nous avons la profonde conviction que tous ensemble, nous pouvons mener ce vaste projet à terme, puisque nous disposons de tous les leviers à notre disposition pour que la population soit en mesure d'apprécier progressivement les véritables améliorations que nous désirons apporter à notre réseau de la santé et des services sociaux bas-laurentien.

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

Hugues St-Pierre
Président du conseil d'administration

2 La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2016.

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

3 La présentation de la région et de son réseau de santé et services sociaux

3.1 OCCUPATION DU TERRITOIRE

Plusieurs municipalités de la région du Bas-Saint-Laurent longent la rive sud du fleuve Saint-Laurent sur quelque 320 kilomètres de côte, entre La Pocatière et Les Méchins. D'autres villes, villages et paroisses du territoire sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia, bordées au sud par les frontières du Nouveau-Brunswick et du Maine (États-Unis).

En 2016, la région compte 200 880 habitants au total (100 569 femmes et 100 311 hommes) répartis dans huit MRC (municipalité régionale de comté), correspondant aux 8 réseaux locaux de santé (RLS) existants. Cette population distribuée sur un territoire de 22 185 km^2 (densité de 9,0 habitants/km^2) comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et 2 réserves indiennes. Les municipalités régionales de comté (MRC) de Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques composent le secteur ouest de la région (aussi appelé KRTB). Le secteur est regroupe les MRC de Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et La Matanie.

INSTALLATIONS DU KAMOURASKA

- Hôpital Notre-Dame-de-Fatima
- CLSC Saint-Pascal et La Pocatière
- Centre d'hébergement d'Anjou à Saint-Pacôme et Villa Maria à Saint-Alexandre
- Point de service du CPEJ à La Pocatière
- Point de service du CRDI-TSA à La Pocatière

INSTALLATIONS DE RIVIÈRE-DU-LOUP

- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- CLSC Rivière-du-Loup et Saint-Épiphane
- Centres d'hébergement Rivière-du-Loup, Saint-Antonin et Saint-Cyprien
- Points de service du CPEJ et du CR à Rivière-du-Loup
- Points de service du CRDI-TSA à Rivière-du-Loup et Saint-Cyprien
- Point de service du CRDP à Rivière-du-Loup

INSTALLATIONS DE TÉMISCOUATA

- Hôpital de Notre-Dame-du-Lac
- CLSC Pohénégamook, Témiscouata-sur-le-Lac, Dégelis et Lac-des-Aigles
- Centres d'hébergement de Squatec, Saint-Louis-du-Ha! Ha! et Rivière-Bleue
- Point de service du CPEJ à Témiscouata-sur-le-Lac
- Point de service du CRDI-TSA à Témiscouata-sur-le-Lac

INSTALLATIONS DES BASQUES

- Urgence, CLSC, CHSLD
- UMF du KRTB
- Point de service du CLSC à Saint-Jean-de-Dieu
- Points de service du CPEJ et du CR à Trois-Pistoles
- Point de service du CRDI-TSA à Trois-Pistoles

INSTALLATIONS DE RIMOUSKI-NEIGETTE

- Hôpital régional de Rimouski
- CLSC Rimouski, Saint-Narcisse, Saint-Fabien
- Centre d'hébergement de Rimouski
- Points de service du CPEJ et du CR à Rimouski
- Point de service du CRDI-TSA à Rimouski
- UMF à Rimouski
- Point de service du CRDP à Rimouski

INSTALLATIONS DE LA MITIS

- CLSC Mont-Joli et Les Hauteurs
- Maison des naissances Collette-Julien
- CHSLD
- Point de service du CPEJ à Mont-Joli
- Point de service du CRDI-TSA à Mont-Joli
- Point de service du CRDP à Mont-Joli

INSTALLATIONS DE LA MATAPÉDIA

- Hôpital d'Amqui
- Centre d'hébergement Marie-Anne-Ouellet à Lac-au-Saumon
- CLSC Amqui, Causapscal et Sayabec
- Point de service du CPEJ à Amqui
- Point de service du CRDI-TSA à Amqui

INSTALLATIONS DE LA MATANIE

- Hôpital de Matane
- Centre d'hébergement de Matane
- CLSC Matane, Baie-des-Sables et Les Méchins
- Points de service du CPEJ et du CR à Matane
- Point de service du CRDI-TSA à Matane

Tandis qu'environ la moitié des résidents de la région habite dans les principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation du territoire de l'autre moitié de la population. La taille des MRC du Bas-Saint-Laurent varie d'environ 9 000 à un peu plus de 57 000 habitants.

La plupart des 114 villes et villages que compte la région ont vu la taille de leur population changer entre 2009 et 2015. Selon les dernières estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), 87 territoires municipaux ont subi une baisse de population (5 775 personnes au total), tandis que 23 ont enregistré une hausse (4 125 personnes au total). Seulement quatre territoires ont conservé le même nombre d'habitants.

Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petites tailles, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent sur cette liste : Matane (- 390), La Pocatière (- 360) et Dégelis (- 220). À l'inverse, Rimouski (+ 2 360), Saint-Anaclet-de-Lessard (+ 530) et Rivière-du-Loup (+ 400) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2009 à 2015.

Au global, la population de la région a diminué de 0,2 % de 2009 à 2015, une perte légèrement moins importante qu'à la période précédente (- 0,4 % de 2003 à 2009). Les perspectives de l'ISQ montrent que la population du Bas-Saint-Laurent ne devrait diminuer que de 0,4 % d'ici 2030.

3.2 CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES

Vieillissement de la population

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation de ses services. En 2016, quelque 47 000 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente 24 % de la population totale de la région, soit 6 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Quinze ans plus tôt, en 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population bas-laurentienne. Le fait que les premiers « baby-boomers » aient franchi les 65 ans au cours de l'année 2010 entrainera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2030, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 67 % à ce qu'il était en 2010.

Accroissement naturel

Selon les données provisoires, 1 789 bébés sont nés dans la région en 2015. Depuis 10 ans, le nombre annuel de naissances se maintient autour de 1 800. L'année 2011 fait toutefois exception avec un record de 1 930 naissances.

Pour les trois dernières années disponibles, 2012, 2013 et 2014, le nombre de décès surpasse celui des naissances au Bas-Saint-Laurent. L'accroissement naturel, soit la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès, est donc négatif depuis 2012. À long terme, cette tendance va s'accentuer : le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès.

Mouvements migratoires interrégionaux

La migration interrégionale est un autre facteur qui agit sur la taille de la population. Depuis 2009-2010, le solde migratoire du Bas-Saint-Laurent est légèrement déficitaire : le nombre de personnes qui quittent la région est plus élevé que le nombre de personnes qui arrivent. En 2014-2015, la région a perdu 173 personnes dans ses échanges avec les autres régions. Au cours des 6 dernières années, ces pertes ont fluctué entre 28 et 233 personnes.

Les 15-24 ans sont ceux qui quittent la région en plus grand nombre. De légers gains chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus ne sont pas parvenus à combler les départs des jeunes. À long terme, ce phénomène contribuera à l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus au Bas-Saint-Laurent.

Conditions socioéconomiques

En 2014, le taux de travailleurs demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec (70,2 % contre 75,9 %). Pour le taux de chômage, il reste plus élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec en 2015 (8,0 % contre 7,6 %).

La proportion des 18-64 ans qui reçoit une aide financière du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale en 2015 s'élève à 7,3 % au Bas-Saint-Laurent. Dans l'ensemble du Québec, le taux d'assistance sociale est un peu moins élevé (6,5 %).

Bien que la population bas-laurentienne soit, en 2011, encore l'une des moins scolarisées du Québec (19 % des 25-64 ans n'ont jamais obtenu de certificat ou diplôme d'études comparativement à 15 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera.

3.3 PORTRAIT DE SANTÉ DES BAS-LAURENTIENS

Bien que le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées.

De façon générale, le Bas-Saint-Laurent se classe positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas Saint Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

Habitudes de vie et comportements

Concernant le tabagisme, la région présente une proportion de fumeurs semblable à celle du Québec. Dans les dernières années, cette proportion tend à diminuer dans la région et dans la province.

Pour ce qui est de la consommation de fruits et de légumes (au moins cinq portions par jour), les dernières données démontrent que la situation de la région s'est améliorée. Pour 2009-2010, la région présentait une proportion défavorable au plan statistique par rapport au Québec avec seulement 38 % de la population qui consommait au moins cinq portions par jour des fruits et des légumes. Pour 2013-2014, cette proportion s'élève à 45 %, autant pour la région que la province.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être plus active dans ses loisirs. Au début des années 2000, 26 % des adultes (18 ans et plus) de la région étaient très actifs. Cette proportion grimpe à 35 % en 2011-2012 et à 38 % pour 2013-2014. Pour les adolescents, la proportion des personnes actives s'élève à environ 45 % pour 2010-2011.

Santé des mères et des tout-petits

Pour la période 2011-2013, la population de la région se distingue positivement pour l'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans, avec un taux de 3,1 pour 1 000 adolescentes. Le Bas Saint-Laurent est la région qui présente le taux le plus faible de la province (taux du Québec : 9,2 pour 1 000 adolescentes).

Sur le territoire bas-laurentien, les naissances de faible poids (5,2 %) et les naissances prématurées (6,8 %) sont dans une proportion similaire, voire légèrement plus faible qu'au Québec (avec respectivement 5,7 % et 7,2 % pour la période 2009-2011).

Personnes vivant avec des limitations

Par ailleurs, en 2010-2011, l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) a révélé que parmi les personnes âgées de quinze ans et plus de la région, 35 % ont déclaré être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités) à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé de longue durée. Il s'agit d'une proportion équivalente à celle enregistrée au Québec (33 %).

Environnement social

Outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on observe un peu plus de personnes qui vivent seules. De plus, le territoire compte sensiblement la même proportion de personnes veuves, séparées ou divorcées que l'ensemble du Québec (15 % contre 14 %).

On observe, depuis quelques années, que le décrochage scolaire est moins fréquent dans la région, comparativement à l'ensemble du Québec. Dans le réseau public d'éducation, parmi les élèves sortants du secondaire inscrits en formation générale des jeunes en 2012-2013, 11 % n'avaient ni diplôme ni qualification, alors qu'ils étaient 18 % au Québec. Le Bas-Saint-Laurent est d'ailleurs la région qui présente la plus faible proportion du Québec à ce niveau. Le Bas-Saint-Laurent se démarque également au niveau de la diplomation après sept années au secondaire par rapport au Québec. Pour la cohorte de 2007, 78 % des jeunes de la région ont obtenu leur diplôme et leur qualification en 2014-2015 contre 72 % pour la province, toujours dans le réseau public d'éducation.

Enfin, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province et diminue tout de même pour les deux territoires depuis quelques années (taux respectifs de 796 et 950 par 100 000 habitants pour l'année 2013).

Problèmes de santé mentale et suicide

En 2012-2013, 73 % des Bas-Laurentiens de douze ans et plus ont déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Néanmoins, les troubles mentaux touchent environ 26 000 Bas-Laurentiens, soit 13 % de la population. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présentait des taux élevés de décès par suicide en comparaison avec d'autres régions sociosanitaires. Toutefois, pour la période 2009-2011, le taux de suicide du Bas Saint Laurent (14,6 pour 100 000 habitants) est semblable à celui du Québec (14,3 pour 100 000 habitants).

Les maladies chroniques

La prévalence du cancer au Bas-Saint-Laurent pour l'ensemble de la population est semblable à celle du Québec. Au cours des cinq années qui ont précédé 2011, c'est 1,4 % des Bas-Laurentiens et des Québécois qui ont reçu un diagnostic de cancer. Les cancers du poumon, colorectal, de la prostate et du sein chez la femme sont les plus observés.

Ces dernières années, la prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus est similaire pour la région et pour l'ensemble du Québec. En 2013-2014, cette prévalence s'élève à 9 % pour les deux territoires.

Depuis le début des années 2000, le Bas-Saint-Laurent présente une prévalence du diabète inférieure à celle du Québec pour la population de 20 ans et plus. En 2013-2014, 7 % de la population de la région est aux prises avec le diabète, alors que dans la province, cette proportion est de 8 %.

Espérance de vie et mortalité

L'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante. Au Bas-Saint-Laurent, elle était de 81,2 ans pour la période 2007-2011, tout comme au Québec. Quant à l'autoévaluation de l'état de santé général, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, les données pour la région et le Québec sont identiques pour 2013-2014, soit 90 % de la population de douze ans et plus qui évaluent positivement leur santé comme étant soit excellente, très bonne ou bonne.

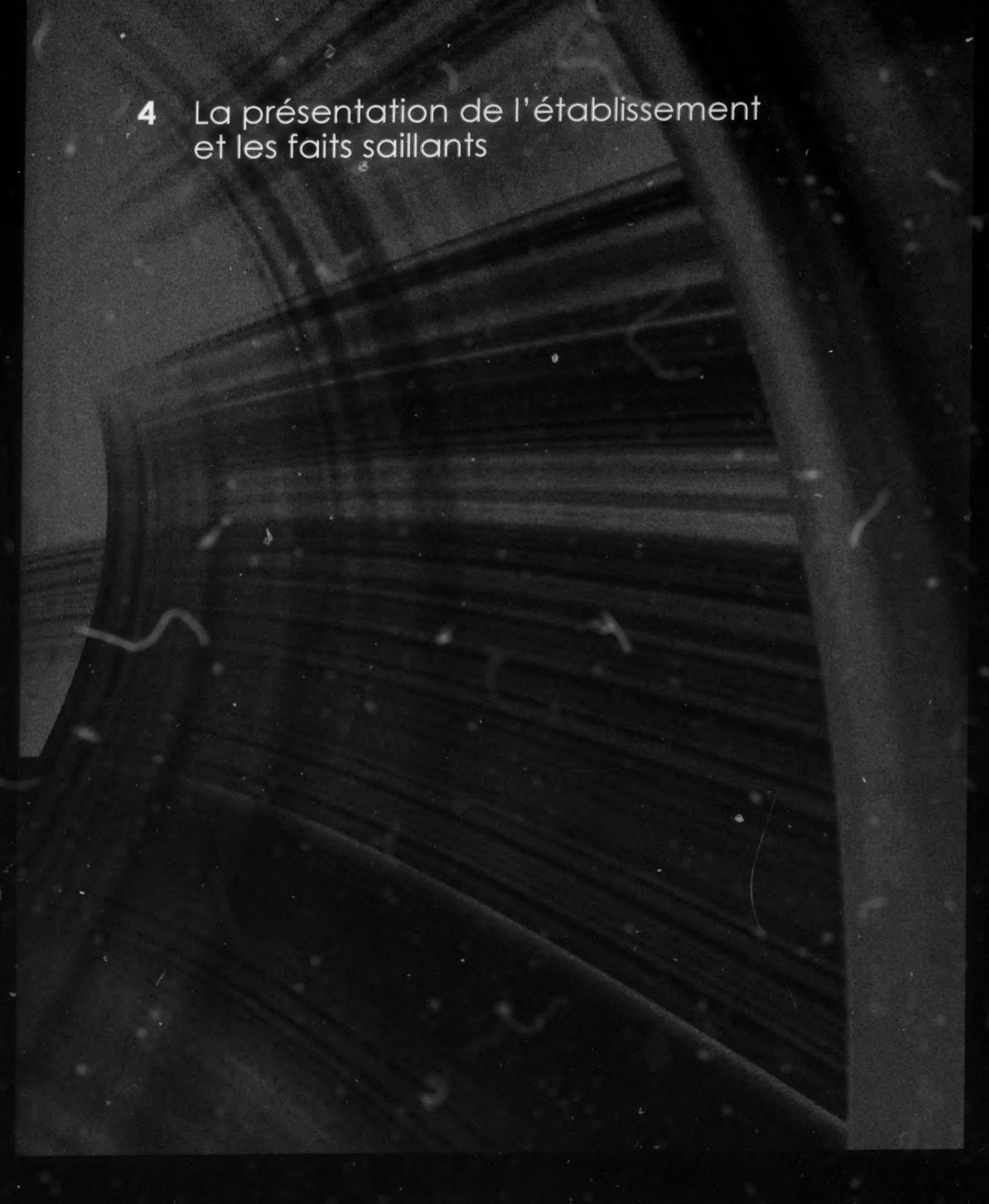
Du fait que la population de la région est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, entre autres, sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire afficheraient un taux de mortalité supérieur pour la période 2009-2011.

Cependant, sur d'autres aspects, la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population ne soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents de véhicules à moteur figure en tête de liste de ces aspects négatifs (9,9 comparé à 6,0 par 100 000 habitants au Québec, période 2009-2011). Même si la population du Bas Saint-Laurent ne regroupe que 2,4 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2009 à 2011, 4 % des décès par traumatismes non intentionnels (ex. : accident, chute, noyade, etc.).

Services de santé

À cet égard, un indicateur provenant de l'Enquête sur l'expérience de soins (EQES) réalisée en 2010-2011, qui mesure la proportion de la population bas-laurentienne de douze ans et plus ayant un médecin de famille, apparaît plus élevé avec 89 % comparativement au Québec (79 %).

4 La présentation de l'établissement et les faits saillants



4 La présentation de l'établissement et les faits saillants

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent en bref

- 7 599 employés
- Budget : 631 M$
- 450 médecins omnipraticiens et spécialistes
- 60 pharmacies
- 476 lits de courte durée (mission centre hospitalier)
- 13 CHSLD
- Maison des naissances Colette-Julien
- 9 urgences
- 42 installations
- 10 GMF - 38 cliniques médicales
- Mission d'enseignement médical universitaire - 2 unités de médecine familiale (UMF)
- 133 organismes communautaires et 154 résidences privées pour aînées (RPA)

Rôle et responsabilités

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers.
- Garantir une planification régionale des ressources humaines.
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes.
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables.
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services.
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau.
- Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du réseau territorial de services (RTS).

ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION

CISSS du Bas-Saint-Laurent

Isabelle Malo, présidente-directrice générale, le 10 avril 2015
Approuvé par le MSSS le 13 avril 2015

Stéphanie Bush, commissaire aux plaintes
Commissaires adjoints aux plaintes (4 ETC)
et médecins examinateurs

Comité des usagers
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Comités des usagers

Comité de gouvernance et d'éthique
Comité de vérification
Comité de vigilance et de la qualité
Comité de concertation avec les partenaires (forum)
Comité scientifique, éthique et recherche
Comité de révision
Comité de développement des ressources humaines
Comité d'acces à la langue anglaise

NOTE :
Pour chaque site de l'établissement,
un cadre dont le port d'attache est situé
à la même adresse civique est désigné
comme responsable de site.
Cette fonction est ajoutée aux responsabilités
prévues pour ce cadre.

Adjoint au PDG
relations médias

Soutien
à la transformation
(temporaire 2 ans)

Bureau de projets

RSSF

Directrice
programme SAPA
Cathy Bérubé

Directeur
de la santé publique
Dr Horacio Aruda (i)
Dr Sylvain Leduc

Directeur de
la qualité, évaluation,
performance,
éthique clinique
Gino Beaudoin

Directeur des
services techniques
Martin Legault

Directeur
des ressources
informationnelles
Benoit Desbiens

Directeur
de la logistique
Luc Adam

Directrice des
ressources humaines,
communications
et affaires juridiques
Annie Leclerc

Directrice des
ressources financières
Caroline Morin

Ces fonctions relevent de la PDG

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Conseil d'administration

COMPOSITION

Membres désignés
Dr Gabriel Houle, département régional de médecine générale (DRMG)
Dr Daniel Dionne, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
À combler, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
M. Jean-Claude Babin, conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Mme Lise Verreault, conseil multidisciplinaire (CM)
Mme Marcelle Dubé, comité des usagers (CU)

Membres nommés
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale, CISSS du Bas-Saint-Laurent
M. François Deschênes, milieu de l'enseignement

Membres indépendants
M. Hugues St-Pierre, président, compétence en gouvernance ou éthique
M. Gilles H. Tremblay, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
Mme Melanie-Ann Leblanc, compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
M. Yves Boulianne, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
Mme Nathalie Dubé, expertise dans les organismes communautaires
Mme Kathleen Bouffard, expertise en protection de la jeunesse
Mme Lucie Lapointe, expertise en réadaptation
Mme Eve-Marie Rioux, expertise en santé mentale
M. Gilbert Beaupré, expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

Membre observateur (fondations)
Dr Gaétan Lévesque

MANDAT

- Adopter le plan stratégique du CISSS du Bas-Saint-Laurent et veiller à son actualisation.
- Veiller à l'intégrité de l'information financière.
- Veiller à la conformité aux lois et aux règlements.
- Comprendre et prendre en compte l'opinion des parties prenantes dans le meilleur intérêt de l'organisation.
- Veiller à la pérennité de l'organisme dont il est le fiduciaire.
- S'assurer de la bonne gestion des risques internes et externes.

RÉALISATIONS

- Tenue de quatre séances régulières.
- Mise en place des différents comités : comité de gouvernance et d'éthique, comité de vigilance et de la qualité, comité de vérification et des immobilisations, comité de révision, comité de développement des ressources humaines.
- Adoption de plusieurs documents :
  - Règlements de régie interne du conseil d'administration;
  - Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de vigilance et de qualité;
  - Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques;
  - Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique;
  - Politique relative aux soins de fin de vie;
  - Politique sur les relations de presse;
  - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
  - Plan d'organisation des départements médicaux et services cliniques.
- Nominations médicales et renouvellement des nominations médicales.
- Adhésion à la protection des acquis des fondations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Adhésion à la vision et aux valeurs de l'équipe dédiée aux plaintes et à la qualité.

Dr Gabriel Houle

Dr Daniel Dionne

M. Jean-Claude Babin

Mme Lise Verreault

Mme Marcelle Dubé

Mme Isabelle Malo,
présidente-directrice générale

M. François Deschênes

M. Hugues St-Pierre,
président

M. Gilles H. Tremblay

Mme Melanie-Ann Leblanc

M. Yves Boulianne
vice-président

Mme Nathalie Dubé

Mme Kathleen Bouffard

Mme Lucie Lapointe

Mme Eve-Marie Rioux

M. Gilbert Beaupré

Dr Gaétan Lévesque

Comité exécutif transitoire du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

COMPOSITION

Dre Gabrielle Gagnon, présidente, Rimouski
M. Alain Dionne, vice-président, Rivière-du-Loup
Dr Christian Roux, vice-président, Kamouraska
Dre Élaine Chénard, secrétaire-trésorière, Rimouski
Dre Mélanie Blanchette, conseillère, La Matapédia
Dre Jacinthe Brisson, conseillère, La Mitis
Dre Annie Charbonneau, conseillère, Les Basques
Dr Yves Dufour, conseiller, Rimouski
Dre Nathalie Gagné, conseillère, Témiscouata
Dre Renée Gagnon, conseillère, La Matanie
Dr Jean-François Landry, conseiller, Rivière-du-Loup
Dr Jean Christophe Carvalho,
directeur des services professionnels,
CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale,
CISSS du Bas-Saint-Laurent

MANDAT

- Contrôler la qualité des actes et l'excellence des soins.
- Formuler des recommandations.
- Évaluer les compétences des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Donner son avis sur les aspects professionnels liés à l'organisation technique et scientifique de l'établissement.

RÉALISATIONS

- Tenue de huit rencontres.
- Adoption de règlements de régie interne.
- Adoption des règlements proposés par l'Association des CMDP du Québec.
- Formation des comités du CMDP : comité de pharmacologie, comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, comité d'examen des titres et comités de discipline.
- Élaboration des bases du comité des ordonnances collectives.
- Nomination des membres du comité de coordination des comités du diagnostic et du traitement du cancer.
- Recommandation sur le plan d'organisation médical du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Recommandation des médecins examinateurs pour la région.
- Recommandation des membres du comité de révision.
- Recommandation du cogestionnaire en oncologie.
- Sélection des chefs de départements et services.
- Représentation aux deux comités de budget du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Comité exécutif transitoire du Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

COMPOSITION

Mme Kathy-Alexandre Chenel, La Matanie
Mme Suzanne Beaulieu et M. Sébastien Laprise,
Rivière-du-Loup
Mme Martine Breton, Témiscouata
Mme Liliane Dubé, vice-présidente, Kamouraska
Mmes Marie-Claude Gagnon, présidente,
Myriam Levesque et Hélène Rioux, Rimouski
Mmes Marie-Pier Gagnon et Diane Lepage, Les Basques
Mmes Julie Gaudreau et Linda Poirier, La Matapédia
Mmes Julie Turcotte et Catherine Rioux-Dufour, La Mitis
M. Daniel Coté, président-directeur général adjoint,
CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Brigitte Fraser, directrice des soins infirmiers,
CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Isabelle Ouellet, conseillère régionale
en soins infirmiers, CISSS du Bas-Saint-Laurent

MANDAT

- Proposer un projet de règlement de régie interne.
- Définir la composition du CECII.
- Définir les modalités de fonctionnement du CII et du CECII.
- Mettre en œuvre un plan de communication pour orienter et mobiliser les infirmières vers la création du nouveau CII.
- Participer à la mise en place d'un nouveau CII fonctionnel au Bas-Saint-Laurent.

RÉALISATIONS

- Tenue de neuf rencontres ordinaires et de l'assemblée générale annuelle du comité.
- Adoption, le 17 mars 2016, du Règlement du Conseil des infirmières et infirmiers du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Consultation sur la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail.
- Consultation concernant les soins de fin de vie, dans le but d'appuyer l'adoption, par les instances concernées du CISSS, de :
  - la Politique relative aux soins de fin de vie ainsi que sur les procédures associées;
  - le Protocole clinique sur l'administration de l'aide médicale à mourir;
  - le Protocole clinique sur l'administration de la sédation palliative continue.
- Approbation de mécanismes et de règles :
  - les Mécanismes d'évaluation de la pratique infirmière lors d'une sédation palliative continue et d'une aide médicale à mourir;
  - la Règle de soins infirmiers – Contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à distance.
- Participation à une journée d'échange de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sur :
  - le Code de déontologie des infirmières et infirmiers;
  - la Loi concernant les soins de fin de vie;
  - le Règlement portant sur la prescription infirmière.

Comité exécutif transitoire du Conseil multidisciplinaire (CM)

COMPOSITION

Mme Isabelle Duchesne, présidente, travailleuse sociale, Rimouski
M. Alexis D'Aoust-Tremblay, vice-président, organisateur communautaire, Matapédia
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Lise Verreault, travailleuse sociale, Kamouraska
Mme Isabelle Goudreau, orthophoniste, Rivière-du-Loup
Mme Maude Roy-Chabot, organisatrice communautaire, Rivière-du-Loup
Mme Carole Deschênes, organisatrice communautaire, Témiscouata
Mme Dany Caron, physiothérapeute, La Matanie
M. Gabriel Parent, GBM, Rimouski
Mme Maude Thériault, organisatrice communautaire, Rimouski
M Michel Marois, psychologue, La Mitis
Mme Nadine Hounsell, ergothérapeute, La Mitis
Mme Karine Tremblay, travailleuse sociale, Centre Jeunesse
M. Stéphane Poirier, éducateur, Centre Jeunesse
Mme Hélène Bélanger, travailleuse sociale, Les Basques
Mme Claire Michaud, psychologue, CRDITED

MANDAT

- Procurer un véhicule d'expressions aux préoccupations professionnelles de groupes définis de dispensateurs de services et dont l'apport d'expertise et le vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services.
- Constituer, lorsque requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité.
- Produire un rapport annuel au conseil d'administration.
- Conseiller sur l'organisation technique et scientifique.
- Proposer les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.
- Mettre en place une structure transitoire / nombre de participants par installation.
- Rédiger et élaborer les règlements de régie interne.
- Déterminer les modalités de fonctionnement du CM.

RÉALISATIONS

- Tenue de six rencontres.
- Rédaction du Règlement de régie interne du conseil multidisciplinaire du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Émission de recommandations concernant la Loi 2, Loi sur les soins de fin de vie.
- Rédaction d'un avis à la PDG portant sur la supervision des stagiaires.
- Rédaction d'un avis sur l'échange d'information intra CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Rédaction d'un avis sur le programme de développement des ressources humaines.
- Rédaction d'un avis à la présidente de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec relativement au projet de règlement de régie interne du CM.

Conseil sage-femme (CSF)

COMPOSITION

Mme Karine Dubon
Mme Johanne Gagnon
Mme Isabelle Garneau
Mme Geneviève Guilbault
Mme Chantal Lavallée
Mme Sophie Martin
Mme Cynthia Plourde
Mme Magali Turcotte

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Mme Monika Beaulieu, représentante désignée du programme jeunesse
Mme Geneviève Guilbault, présidente
Mme Chantal Lavallée, secrétaire
Mme Cynthia Plourde, vice-présidente

MANDAT

- Contrôler et apprécier, de manière générale, la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes.
- Faire des recommandations concernant :
  - les règles de soins applicables à ses membres;
  - la distribution appropriée des services dispensés par ses membres;
  - les qualifications et la compétence d'une sage-femme adressant une demande au conseil d'administration pour conclure un contrat avec l'établissement;
  - les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme.
- Donner son avis sur les questions suivantes :
  - l'organisation scientifique et technique du centre local de services communautaires (CLSC);
  - les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des sages-femmes.

RÉALISATIONS

- Tenue de cinq rencontres ordinaires, une assemblée générale annuelle et une assemblée extraordinaire du comité.
- Révision complète de l'ensemble des règles de soins, procédures et protocoles et priorisation des mises à jour pour la prochaine année.
- Révision de dossiers avec l'aide de la grille de l'Ordre des sages-femmes du Québec.
- Adoption des résolutions suivantes :
  - politique d'attribution de contrat pour les remplacements, ainsi que l'octroi d'un contrat permanent à la Maison des naissances;
  - octroi de cinq contrats à temps partiel occasionnel ainsi que d'un contrat à temps partiel régulier.

Comité de vérification et des immobilisations

COMPOSITION

M. Jean-Claude Babin
M. Yves Boulianne, président
Mme Ève-Marie Rioux
M. Hugues St-Pierre
M. Gilles H. Tremblay
Personne-ressource : Mme Caroline Morin, directrice des ressources financières, CISSS du Bas-Saint-Laurent

MANDAT

- S'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources financières de l'établissement ainsi que de son suivi.
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière, examiner les états financiers et en faire la recommandation au conseil d'administration.
- Assurer le suivi des grandes orientations en matière d'immobilisations.
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne adéquats et efficaces soient mis en place.

RÉALISATIONS

- Recommandation du Règlement de délégation de signatures engageant la responsabilité de l'établissement.
- Explication du processus de suivis des mesures d'optimisation 2015-2016.
- Explication de la situation financière et suivis des résultats financiers.
- Recommandation de la Politique d'approvisionnement et de la gestion contractuelle.
- Rencontre de l'auditeur indépendant de la firme Mallette dans le but d'expliquer le rôle et le mandat de la firme pour les travaux de fin d'année.
- Discussions concernant les pistes d'optimisation des baux de location.
- Dépôt et confirmation des projets immobiliers majeurs.

Comité de gouvernance et d'éthique

COMPOSITION

M. Gilbert Beaupré, vice-président
M. François Deschênes, président
Dr Daniel Dionne, officier
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale, CISSS du Bas-Saint-Laurent
M. Hugues St-Pierre, président du conseil d'administration, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Personne-ressource : M. Daniel Côté, président-directeur général adjoint, CISSS du Bas-Saint-Laurent

MANDAT

- S'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans l'établissement et par le conseil d'administration.
- Évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le comité et approuvés par le conseil d'administration.
- Convenir :
  - de règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
  - d'un code d'éthique et de déontologie;
  - des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
  - des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
  - d'un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

RÉALISATIONS

- Tenue d'une rencontre ordinaire à la suite de la mise en place du comité qui a permis de procéder, entre autres, à la nomination des officiers ainsi qu'à un rappel des rôles et responsabilités du comité.
- Approbation du projet de règlement du comité de gouvernance et d'éthique.
- Approbation du projet de code d'éthique et de déontologie.
- Recommandation faite auprès du conseil d'administration afin d'entériner les deux projets.

Comité de vigilance et de la qualité

COMPOSITION

Mme Mélanie Leblanc, présidente
M. Gilbert Beaupré, vice-président
Mme Marcelle Dubé, membre du conseil d'administration
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Stéphanie Bush, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Personne-ressource : M. Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique, CISSS du Bas-Saint-Laurent

MANDAT

- Assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (Protecteur du citoyen) relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (la Loi) ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, L.R.Q., c. P-31.1.
- Assurer le suivi des recommandations de toutes les instances mises en place au sein de l'Établissement pour exercer des responsabilités portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus ainsi que le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes et d'assurer le suivi de leurs recommandations.
- Veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

RÉALISATIONS

- Tenue d'une rencontre.
- Rédaction du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité, CA-RE-0026 – Adopté par le conseil d'administration le 3 février 2016.
- Réception et analyse du bilan des plaintes 2014-2015 de la commissaire aux plaintes et de la qualité des services.
- Réception et analyse du rapport trimestriel en gestion des risques.

Comité de révision (traitement des plaintes)

En raison de l'étendue du territoire, le conseil d'administration a statué que le comité de révision devait être composé de deux membres du conseil d'administration qui agissent à titre de président et de quatre membres nommés parmi les médecins, dentistes et pharmaciens, et ce, dans le but de s'assurer du traitement diligent des dossiers de révision.

COMPOSITION

Mme Lucie Lapointe, présidente
M. Gilles H. Tremblay, président
Dr Yvan Boucher
Dr Jacques Caron
Dr Yves Poulin
Dre Josée Rousseau

MANDAT

- Réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager par le médecin examinateur.
- Procéder à l'étude des dossiers de plainte et déterminer si le médecin examinateur a procédé à l'examen des plaintes de façon appropriée avec diligence et équité.
- S'assurer que les motifs des conclusions du médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

RÉALISATIONS

- 13 des 63 dossiers de plainte conclus par les médecins examinateurs ont été transmis et conclus par le comité de révision.

Comité de gestion des risques

COMPOSITION

M. Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Danielle Bouchard, représentante du comité des usagers
Dre Jacynthe Brisson, représentante du CMDP
Mme Manon Dufresne, directrice générale adjointe, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Luce Landry, infirmière en prévention et contrôle des infections
M. Jean-Philippe Legault, directeur administratif des services professionnels adjoint, volet services médicaux spécialisés, CISSS du Bas-Saint-Laurent
M. Martin Legault, directeur des services techniques, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale, CISSS du Bas-Saint-Laurent
M. François Paradis, chef du Département de la pharmacie
Mme Linda Poirier, représentante du CECII
M. Stéphane Poirier, représentant du conseil multidisciplinaire
Mme Danielle Savard, directrice des soins infirmiers, CISSS du Bas-Saint-Laurent
M. Michel Simard, directeur des services multidisciplinaires, CISSS du Bas-Saint-Laurent

MANDAT

- Rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident, de diminuer les risques de récidive des événements dans le but d'assurer la sécurité des clients.
- Former un comité de gestion des risques représentatif.
- Assurer un suivi étroit auprès des installations afin que le processus de gestion des risques demeure actif.
- Alimenter et maintenir à jour les registres locaux des incidents et accidents.
- Assurer la mise en œuvre du plan d'action ministériel.
- Rédiger un rapport trimestriel en gestion des risques représentatif du Bas-Saint-Laurent.
- Mettre en place une structure administrative afin d'assurer une saisie en temps réel des formulaires AH-223.

RÉALISATIONS

- Tenue d'une rencontre ordinaire du comité.
- Enquête et élaboration de rapports réalisés de 28 événements sentinelles.

- Analyse, intervention et élaboration de rapports pour des événements nécessitant la mise en œuvre de mesures d'amélioration.
- Rédaction du règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques.
- Conception d'un tableau de bord pour le suivi des rapports trimestriels en gestion des risques.
- Suivi des registres locaux des accidents et incidents.
- Mise en place d'un comité de travail pour l'élaboration de la politique de gestion intégrée des risques, des procédures portant sur la déclaration, la divulgation et la gestion des événements sentinelles et du règlement sur les mesures de soutien à la suite d'un accident.
- Mise en œuvre d'un comité temporaire en gestion des risques interdirections visant à régulariser les problématiques liées aux erreurs de saisie du médecin prescripteur dans le logiciel MediClinic.
- Publication de capsules de sensibilisation à la gestion des risques dans le journal interne lors de la semaine nationale de la sécurité des patients.
- Diffusion d'une capsule DO sur la divulgation en mars 2016.
- Présentation intitulée « La gestion des risques : une culture de sécurité et une responsabilité partagée » offerte aux directeurs et gestionnaires des différentes directions.
- Formations offertes à l'interne et à l'externe afin d'améliorer la déclaration des événements.
- Développement de la trajectoire des suivis en gestion des risques.
- Rédaction d'un guide en gestion des risques intitulé « Critères décisionnels pour l'identification de la catégorie d'événement » ainsi que d'outils d'analyse.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

Nombre de déclarations annuelles

2015-2016 :	18 220
2014-2015 :	18 869
Variation :	-3%

Principaux incidents et accidents

Chutes :	5 471	(30,0 %)
Médication :	5 218	(28,6 %)
Tests de laboratoire :	2 926	(16,0 %)

Département régional de médecine générale

COMPOSITION

Dre Véronique Clapperton, Rimouski-Neigette
Dr Guildo Côté, RLS de Témiscouata
Dre Myriam Croteau, RLS de Rimouski-Neigette
Dr Jean-François Hérard, RLS de Rivière-du-Loup
Dr Jean Hudon, RLS de Kamouraska
Dr Éric Lavoie, chef du département, Les Basques
Dre Maryse Lemieux, RLS de La Mitis
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Dr Éric Paradis, RLS de Rivière-du-Loup
Dr Pierre-Luc Sylvain, RLS de La Matanie
Dre Jacynthe Vallée, adjointe au chef, La Matapédia

MANDAT

- Faire des recommandations à la présidente-directrice générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.

RÉALISATIONS

- Distribution des effectifs médicaux en omnipratique, en tenant compte de :
  - l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) de 2016;
  - la nouvelle méthode de répartition des PREM : avis de conformité par sous territoires (janvier 2016);
  - la détermination des besoins prioritaires de recrutement en collaboration avec les installations (2015-2016).
- Désignation du territoire prioritaire pour les boursiers 2016 de la Régie de l'assurance maladie du Québec, soit l'installation de La Matapédia (2).
- Répartition des primes d'installation 2015-2016 en priorisant les régions en pénurie, soit La Matapédia, La Matanie, Les Basques, Kamouraska, Témiscouata et Rivière-du-Loup.
- Approbation des nouvelles demandes (20) ainsi que des demandes de renouvellement ou de modifications de l'adhésion des activités médicales particulières (43).
- Émission d'avis favorable pour l'adhésion de tous les groupes de médecine de famille (GMF) du Bas-Saint-Laurent au nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF, et pour un nouveau GMF qui a amorcé son processus de demande d'accréditation.
- Suivi des travaux en informatisation clinique.
- Organisation et coordination des services de première ligne du territoire bas-laurentien.
- Soutien de la mise sur pied d'une table locale du DRMG dans chacun des RLS du territoire afin de les appuyer dans le mandat d'organisation des services de première ligne.
- Suivi des indicateurs en lien avec l'Entente de principe entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne.

ÉTAT DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent 2016

RLS	Rehaussement autorisé
Kamouraska	1
Témiscouata	1
Rivière-du-Loup	2
Les Basques	1
Rimouski-Neigette	3
La Mitis	1
La Matapédia	3
La Matanie	2
Total	**14**

Au 30 novembre 2015, 259 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent, soit un de plus que l'année précédente. Au total, il y a eu, en cours d'année, 13 arrivées et 12 départs. À la même date, le taux d'atteinte des besoins reconnus en omnipratique variait de 81 % à 93 %, pour une moyenne de 88 % à l'échelle régionale. Étant donné que la situation de pénurie en effectifs médicaux perdurait dans le RLS de La Matapédia, le Département régional de médecine générale a intensifié son soutien et exploré diverses stratégies afin de pourvoir les postes prioritaires identifiés initialement.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

COMPOSITION

M. Pierre-Olivier Blanchette, secrétaire du CRSP, Rimouski-Neigette
Mme Amélie Boudreau, Rivière-du-Loup
Mme Marie-Ève Caron, vice-présidente du CRSP, La Matanie
Mme Nathalie Chenel, Rimouski-Neigette
Mme Martine Lafrance, Rivière-du-Loup
Mme Marie-Josée Papillon, Rimouski-Neigette
Mme Cynthia Paradis, présidente du CRSP, La Mitis
M. François Paradis, chef du département de pharmacie, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale, CISSS du Bas-Saint-Laurent

MANDAT

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

RÉALISATIONS

- Tenue de cinq rencontres du comité régional.
- Élaboration, en collaboration avec le CISSS, d'une requête standardisée d'analyses de laboratoires pour les pharmaciens communautaires et identification des conditions pour la prescription d'analyses de laboratoire.
- Collaboration favorisée entre médecin et pharmacien dans l'application de la Loi 41.
- Révision des ordonnances collectives régionales :
  - initiation d'acide folique ou de multivitamines pour les femmes en âge de procréer et en périnatalité;
  - initiation de la vitamine D chez le nourrisson allaité;
  - initiation de la thérapie de remplacement à la nicotine;
  - fournitures associées à la prise d'une médication.
- Recommandation pour que l'ordonnance collective « Premarin » de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) soit déployée au Bas-Saint Laurent.
- Suivi du nouveau programme de financement et de soutien professionnel aux GMF et recommandation pour que les pharmaciens effectuent les activités professionnelles dans les GMF et particulièrement s'ils rencontrent des usagers.

- Identification d'un pharmacien communautaire champion et ambassadeur du DSQ.
- Désignation d'un membre du CRSP au conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Désignation d'un membre du CRSP au comité aviseur clinique en ressources informationnelles.
- Qualité des services pharmaceutiques et rétroaction aux pharmaciens communautaires suite à un accident ou incident impliquant la médication et les pharmacies communautaires.
- Suivi des différentes législations.
- Principes applicables aux dons de médicaments.
- Planification des congés à l'hôpital.
- Rappel aux médecins concernant la norme pour le renouvellement des ordonnances et leur transmission par télécopieur, en collaboration avec le DRMG.
- Optimisation des liens entre les pharmaciens et les équipes multidisciplinaires en maladies chroniques.
- Plan de transfert de chimiothérapie intraveineuse : information à l'intention des pharmaciens communautaires.
- Processus d'élection pour les membres du CRSP.
- Révision du règlement du CRSP du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Intensification de l'information transmise aux pharmaciens communautaires sur divers sujets pertinents (ex. : Loi 2, bacs à seringues souillées, données épidémiologiques, principes directeurs applicables aux dons de médicaments, etc.).

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

COMPOSITION

Marie-Andrée Lévesque, présidente, Kamouraska
Marielle Raymond, vice-présidente, Rivière-du-Loup
Jean-Claude Leclerc, Amqui
Danielle Bouchard, Témiscouata
Juette Rioux, Les Basques
Georgette Lefrançois, Rimouski
Nancy Gagnon, Rimouski
Louiselle Richard, La Matanie
Claire St-Onge, La Mitis
Renée Marchand, Témiscouata
Marcelle Dubé, La Mitis
Thérèse Aubut, Kamouraska

MANDAT

- Veiller à la qualité des services de santé et des services sociaux que les usagers reçoivent de l'établissement.
- S'assurer que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés.

RÉALISATIONS

- Tenue de sept rencontres.
- Élection des officiers.
- Élaboration des règles de fonctionnement.
- Participation à trois activités de perfectionnement tenues au Kamouraska à l'initiative du Comité des usagers du Kamouraska :
  - Formation sur les étapes de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle;
  - Formation de base sur le rôle et les fonctions d'un comité des usagers donnée par le Regroupement provincial des comités des usagers;
  - Formation sur le plan d'action d'un comité des usagers.
- Rencontre du directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique.
- Rencontre et discussion avec la PDG du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

LES RAPPORTS DES DIRECTIONS

Direction de santé publique

MANDAT

La mission première de la Direction de santé publique est de contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé. Plus précisément, selon la LSSSS, le directeur de santé publique et ses équipes :

- surveillent l'état de santé de la population et ses déterminants et en informent la population;
- assurent une expertise en prévention de la maladie et en promotion de la santé;
- protègent la santé de la population;
- identifient les situations où une action intersectorielle s'impose pour améliorer la santé.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Intégration des hygiénistes dentaires, des organisatrices communautaires et des agents de promotion et prévention en matière de saines habitudes de vie aux services de première ligne de la Direction de santé publique.
- Conception d'un tableau de bord de cinq indicateurs permettant de faire le suivi des activités de la santé publique.
- Participation à un comité provincial afin de concevoir une formation en saines habitudes de vie auprès du monde municipal dans le cadre de la démarche « Prendre soin de notre monde ».
- Présentation d'une communication intitulée « COSMOSS, des statistiques à l'action », dans le cadre d'un colloque scientifique sur l'utilisation des statistiques sociales pour éclairer les enjeux locaux.
- Soutien cartographique dans la démarche « À pied, à vélo, villes actives » et dans des dossiers de santé environnementale.
- Soutien à l'étude d'impacts sur la santé du projet de transport pétrolier d'Énergie-Est.
- Création d'un outil de travail pour les unités néonatales (Rimouski et Rivière-du-Loup) sur l'allaitement des prématurés qui respecte les normes de l'Initiative amis des bébés (IAB).
- Diffusion d'activités d'information et de formation liées aux thématiques présentées à la population et aux professionnels du réseau local de services :
  - liens unissant la nutrition et la santé mentale;
  - exercice de la parentalité lors de maladies psychiatriques;
  - prévention du suicide;
  - trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).
- Application des agents de scellement dentaire, par les hygiénistes dentaires, à près de 2 000 enfants en milieu scolaire.
- Évaluation d'une mesure de santé publique multistratégique et novatrice axée sur l'adoption de saines habitudes de vie.
- Développement et partage de la vision pour une « Saine alimentation pour tous ».
- Dépôt du « Plan d'action révisé 2015-2017 » de la Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie, pour laquelle la Direction de santé publique est coordonnatrice.
- Intégration à l'équipe d'accompagnement régional de la Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé.(COSMOSS) dans le cadre de la démarche de cohésion 2015-2020 et participation aux travaux locaux de la planification intégrée COSMOSS.
- Formation destinée aux acteurs de soutien dans le cadre de la démarche « Prendre soin de notre monde ».
- Tenue du deuxième Grand rendez-vous des partenaires intersectoriels sur la vision « Vivre, agir et vieillir en santé au Bas-Saint-Laurent ».
- Tenue du septième « Rassemblement des 50 ans et plus » à Sayabec, réunissant plus de 500 personnes, dont la moyenne d'âge était de 72 ans.
- Inscription de 52 municipalités au « Défi santé 2016 ».
- Inscription de 42 municipalités à la campagne « Plaisirs d'hiver », soit huit municipalités de plus qu'en 2015.
- Consolidation de meilleures pratiques en gestion des produits immunisants sur tout le territoire du Bas-Saint-Laurent, notamment par la rédaction d'ententes.
- Consultation au MSSS pour la surveillance des infections nosocomiales au Québec.
- Coordination de la production du « Plan d'action en prévention et contrôle des infections 2015-2020 ».
- Création d'un comité régional intersectoriel visant le contrôle et l'éradication de la berce du Caucase au Bas-Saint-Laurent.

Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

MANDAT

La Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) est responsable de la supervision, de la gestion et de la coordination des équipes DI-TSA-DP, des services de traumatologie, des centres de jour, de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) (clinique).

Les services spécifiques et spécialisés destinés aux clientèles DI-TSA et DP sont dorénavant regroupés dans une même direction et se déclinent à l'intérieur de trois continuums :

- continuum enfant jeune-famille, 0-18-21 ans;
- continuum adulte-aîné, 16-21-99 ans;
- continuum hébergement.

Nous y retrouvons une gamme variée de services, dont les principaux sont les suivants :

- accueil-évaluation et orientation;
- déficience auditive;
- déficience visuelle;
- déficience motrice enfant et adulte;
- déficience du langage;
- réadaptation fonctionnelle intensive externe ou en unité;
- évaluation et réadaptation de la conduite automobile;
- traumatologie;
- traumatisme craniocérébral léger;
- hébergement en RTF, en RI ou dans des modèles résidentiels autres;
- adaptation et réadaptation à la personne présentant une DI ou un TSA;
- adaptation et réadaptation en contexte d'intégration communautaire et au travail;
- intervention comportementale intensive auprès des enfants de 0-5 ans présentant un TSA;
- assistance éducative spécialisée à la famille et aux proches;
- soutien spécialisé aux partenaires;
- trajectoire pour la clientèle avec troubles graves de comportement multiproblématiques.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Participation de trois usagers au programme d'apprentissage à la vie autonome dans la MRC de Rimouski avec intégration dans un logement autonome.
- Développement d'une nouvelle trajectoire permettant de réaliser des évaluations et des recommandations interdisciplinaires dès l'entrée d'un jeune au programme d'intervention comportementale intensive pour les troubles du spectre de l'autisme (TSA) de 0-5 ans.
- Traduction du livre « LEGO - Based Therapy » par un père de la MRC de Matane et mise en place d'ateliers « LEGO » pour les enfants TSA, leur permettant de travailler la communication tout en s'amusant.
- Formation en ligne (e-learning) offerte aux parents d'enfants ayant un TSA et recevant de l'intervention comportementale intensive ou en attente.
- Réorganisation des activités de jour dans les MRC du Kamouraska et de Rimouski-Neigette permettant le regroupement de deux centres d'activités de jour.
- Élaboration d'une cartographie du parc régional de ressources résidentielles et d'un état de situation afin de dégager les écarts entre la situation actuelle et les besoins de la clientèle en évolution.
- Gestion étroite des épisodes de services en URFI afin d'accueillir la clientèle hospitalisée à la suite d'un accident vasculaire cérébral dans les meilleurs délais, favorisant ainsi le processus de récupération des capacités.

Direction de la protection de la jeunesse

MANDAT

La Direction de la protection de la jeunesse a pour rôle de positionner stratégiquement la distribution des services sociaux à l'enfance, à la jeunesse et à la famille, en conformité avec la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSPJA) et les dispositions législatives en matière d'adoption, et ce, en collaboration avec toutes les directions. Elle assume également la planification, l'organisation et la gestion des activités en protection de la jeunesse, en étroite collaboration avec l'équipe de direction et les gestionnaires du programme jeunesse, ainsi que les différentes ressources du milieu.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

Réception et traitement des signalements

	REÇUS		RETENUS	
	2015-2016	2014-2015	2015-2016	2014-2015
Rimouski-Neigette	524	525	171	193
La Mitis	376	307	180	125
La Matanie	292	239	122	113
La Matapédia	206	248	72	101
Les Basques	104	93	43	40
Rivière-du-Loup	361	399	148	190
Kamouraska	182	157	65	53
Témiscouata	182	225	91	113
Hors région	37	44	21	22
Autre (sans domicile fixe)	0	2	0	0
Adresse inconnue	18	23	3	1
Total	**2 282**	**2262**	**916**	**951**

En 2015-2016, outre les 2 282 signalements reçus, 1 015 info-consultations ont été réalisées par les services réception et traitement des signalements et d'urgence sociale, ce qui signifie plus de 3 298 appels reçus en protection de la jeunesse.

Signalements retenus par problématique

	2015-2016	%	2014-2015	%
Négligence et risque sérieux de négligence	356	38,86	352	37,01
Abus physique et risque sérieux d'abus physique	282	30,79	250	26,29
Abus sexuel et risque sérieux d'abus sexuel	58	6,33	114	11,99
Mauvais traitement psychologique	131	14,30	146	15,35
Troubles de comportement	87	9,50	89	9,36
Abandon	2	0,22	0	0,00
Total	**916**	**100,00**	**951**	**100,00**

La problématique de négligence demeure toujours la plus importante. Fait à noter, ces trois dernières années, la problématique d'abus physique est celle qui a connu la plus forte hausse.

Provenance des signalements

Plus du tiers des signalements (36,78 %) proviennent du milieu familial et de la communauté.

Nombre de jeunes suivis à l'application des mesures en protection de la jeunesse par MRC et taux par 1000 enfants

MRC	Au 31 mars 2016	Taux/1000	Au 31 mars 2015	Taux/1000	Population 0-17 ans 2015-2016 (ISQ)
Rimouski-Neigette	126	13,65	128	13,94	9 233
La Mitis	70	21,51	58	17,96	3 255
La Matanie	77	24,27	84	26,40	3 173
La Matapédia	74	24,56	68	22,25	3 013
Les Basques	34	27,98	30	23,96	1 215
Rivière-du-Loup	105	17,12	128	21,00	6 132
Kamouraska	47	13,23	50	13,99	3 552
Témiscouata-sur-le-Lac	62	18,82	76	22,79	3 294
Total	**595**	**18,10**	**622**	**18,92**	**32 867**

La MRC des Basques est celle qui a connu la plus forte hausse quant au nombre de jeunes suivis en protection de la jeunesse. La MRC de La Matapédia se classe au deuxième rang. Les MRC de Rivière-du-Loup et de Témiscouata ont, pour leur part, connu une baisse significative en comparaison avec les autres MRC.

Un total de 880 jeunes ont fait l'objet d'une application des mesures en protection de la jeunesse au cours de l'année, comparativement à 919 en 2014-2015. Nous avons procédé à la fermeture de 285 dossiers. Deux cent soixante-sept (267) nouvelles situations d'enfant ont été prises en charge.

Expertises psychosociales à la Cour supérieure du Québec		
	2015-2016	2014-2015
Expertises psychosociales réalisées	57	36
Usagers concernés par les expertises psychosociales	107	61

SERVICE AUX JEUNES CONTREVENANTS (LSJPA)

Deux cent soixante-trois (263) usagers ont fait l'objet d'une intervention en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, comparativement à 298 pour l'année précédente, ce qui représente une diminution de 13,3 %.

PROGRAMME DE QUALIFICATION DES JEUNES (PQJ)

Le programme Qualification des jeunes mise sur le développement personnel et social des jeunes et des changements dans leur milieu de vie en vue de favoriser une insertion socioprofessionnelle permettant le passage à une vie d'adulte autonome. Au cours de la dernière année, 46 jeunes ont pu bénéficier de ce programme.

Adoption		
	2015-2016	2014-2015
Enfants adoptés au Québec	6	8
Enfants adoptés à l'étranger	6	10
Total	**12**	**18**

Services de retrouvailles		
	2015-2016	2014-2015
Demandes reçues (nouveaux usagers durant la période)	22	15
Dossiers complétés (départs d'usagers durant la période)	22	18

Au cours de l'année 2015-2016, près de 2 000 enfants ont reçu des services de la Direction de la protection de la jeunesse, tous secteurs confondus.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

En avril 2014, un projet d'envergure a été mis en place dans la MRC des Basques : le regroupement des équipes de protection de la jeunesse et des services jeunesse du CSSS de cette MRC. Nous sommes fiers d'annoncer que le projet s'est avéré une réussite, autant pour nos jeunes et leur famille que pour nos partenaires. Depuis le 1er avril 2016, l'Équipe PassaJe fait partie intégrante de la Direction de la protection de la jeunesse.

La DPJ a participé activement à des projets de recherche portant sur la problématique de négligence, les services aux jeunes contrevenants de même que sur l'Initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité), l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse (ÉIQ), l'Évaluation des impacts de la LPJ, et ce, afin d'être à l'affût des meilleures pratiques en protection de la jeunesse.

La Direction de la protection de la jeunesse, les services policiers et le Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) se sont concertés pour bonifier la procédure d'intervention sociojudiciaire lors de situations d'abus physiques, d'abus sexuels et de négligence grave. Une procédure d'intervention régionale fut mise en place et une formation fut dispensée au personnel de la protection de la jeunesse de même qu'aux partenaires des CPE et des milieux scolaire, municipal, communautaire et policier. Lors de la mise en place du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent en avril 2015, la DPJ a procédé à la réorganisation de ses différents secteurs d'activité dans le but de bonifier la qualité des services offerts aux jeunes et à leur famille.

Direction du programme jeunesse

MANDAT

La Direction du programme jeunesse est responsable des équipes jeunesse, volets prévention, promotion, évaluation et traitement de première ligne, réadaptation physique et psychosociale, centre d'hébergement en réadaptation et RI-RTF (clinique). Elle a également sous sa responsabilité, la pédiatrie, la pédopsychiatrie, la gynéco-obstétrique, le service des sages-femmes et la maison des naissances.

La Direction du programme jeunesse veille également au développement et à la mobilisation de l'ensemble des gestionnaires et des équipes des programmes jeunesse.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Mise en place de la direction et élaboration d'un organigramme et ainsi que d'une cartographie de l'offre de service.
- Identification des forces et des zones d'amélioration au plan de l'accessibilité, de la qualité et de l'efficience, en fonction des orientations ministérielles et des meilleures pratiques en matière de services de santé et de services sociaux à la jeunesse et aux familles.

Continuum de services 0-21 ans

- Signature d'un plan d'action régional conjoint avec la Direction de santé publique.
- Vaccination de 30 690 personnes, dont 803 résidents en CHSLD, dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale à l'automne 2015.
- Révision du contenu des rencontres prénatales en tenant compte des données probantes et validation par l'Institut national de santé publique du Québec avec déploiement sur l'ensemble du territoire bas-laurentien.
- Implantation de l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) en collaboration avec la Direction de la protection de la jeunesse et les partenaires des milieux scolaires et communautaires, au bénéfice des enfants et de leurs parents, avec la participation à la formation de 96 intervenants ainsi que l'identification de La Matapédia et de Rimouski-Neigette comme sites pilotes dans le cadre du projet de recherche évaluative.
- Injection d'une première dose du vaccin requis dans le délai prescrit par le MSSS à plus de 92 % des enfants.
- Participation à la démarche de cohésion des Fonds pour COSMOSS dans la région.
- Contribution à l'organisation de la « Journée des droits de l'enfant 2015 », en collaboration avec la Direction de la protection de la jeunesse, différents partenaires communautaires et des gens d'affaires.
- Réalisation, de concert avec la Direction de la protection de la jeunesse, de travaux afin de consolider l'offre de service en négligence dans les huit MRC et d'implanter une offre de service intégrée DPJe-DPJ et participation de 75 familles aux interventions de groupe du programme EnTrain

Continuum hébergement jeunesse

- Révision en cours de l'offre de service en hébergement considérant l'évolution des besoins des enfants et des adolescents.
- Développement d'un foyer de groupe pour les 5-11 ans en difficulté d'attachement.
- Participation à différentes consultations réalisées par la Direction des jeunes et des familles du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment sur la fugue et la prévention du suicide.
- Participation de 48 intervenants à la formation Oméga qui vise à développer chez l'intervenant des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celles des autres en situation d'agressivité.
- Augmentation du nombre de placements en famille d'accueil de proximité, passant de 44 à 54 pour la même période, alors que le nombre d'enfants placés en famille d'accueil a connu une légère baisse dans la dernière année, passant de 154 au 31 mars 2015 à 140 au 31 mars 2016.
- Hébergement de 129 jeunes différents dans les unités de réadaptation, comparativement à 138 en 2014-2015.

Continuum Santé des femmes, des enfants et des adolescents

- Accueil de deux nouvelles pédopsychiatres à l'Hôpital régional de Rimouski permettant ainsi de consolider l'offre de service en pédopsychiatrie pour le secteur est de la région.
- Élaboration et dépôt au MSSS, en collaboration avec la Direction des programmes santé mentale et dépendance, du plan d'action régional en santé mentale jeunesse, à la suite de l'adoption par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Plan d'action en santé mentale 2015-2020, « Faire ensemble et autrement ».
- Participation de professionnels dans la perspective de déployer la formation « Les adolescents de 14 ans et plus vulnérables au suicide : nos rôles et nos responsabilités ».
- Participation à une consultation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux concernant les pratiques cliniques sur le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

- Conclusion d'une entente de collaboration avec Salus global corporation afin de procéder, en collaboration avec la Direction des services professionnels et la Direction des soins infirmiers, à la mise en œuvre du programme AMPRO Plus, visant la gestion de la qualité et la prévention des risques obstétricaux.
- Dépassement dans la région, par les équipes de professionnels déployés dans les CLSC des huit MRC, de la cible ministérielle de 513 activités de dépistage des ITSS (infections transmises sexuellement ou par le sang) auprès de jeunes de 15 à 24 ans.

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

MANDAT

La Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) a pour responsabilité l'organisation des services de soutien à domicile (SAD), la clientèle de tout âge en perte d'autonomie ou en situation de handicap ainsi que les services en milieu d'hébergement : ressources privées pour aînés (RPA), ressources intermédiaires (RI), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Elle offre aussi des services transversaux avec d'autres directions tels l'accueil pour tous les programmes sociaux et de réadaptation, les services Info-Santé et Info-Social, le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) - 20 organismes et huit entreprises d'économie sociale (EÉS) - et l'unité de médecine 2C de l'Hôpital régional de Rimouski, incluant les lits en prévention des infections.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Mise en place de la direction et des comités : comité de vigie Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), comités d'arrimage - Accueil, soutien à domicile (SAD), Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG), résidences privées pour aînés – ressources intermédiaires (RPA-RI), Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), comité de gestion et répartition des ressources.
- Début des travaux pour la création d'un guichet unique comprenant l'accueil clinique (santé et social) des programmes sociaux et de réadaptation pour toutes les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Révision des ententes avec les partenaires prestataires de services de la communauté; rédaction et consultation d'un cadre de référence en aide à domicile.
- Mise en place et diversification des mesures de répit, de présence, surveillance et organisation des services autour d'activités de la vie quotidienne (soins d'hygiène, transferts, aide aux levers, couchers, etc.) simples et complexes de manière à utiliser plus judicieusement les ressources de la communauté et du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Gestion rigoureuse de l'intensification des services à domicile pour maximiser les possibilités de soutien visant le maintien à domicile et hiérarchiser les mécanismes d'accès à l'hébergement (RPA, RI et dernier recours CHSLD).
- Transformation des centres de jour pour se concentrer sur des activités à caractère thérapeutique, en continuité et en suivi des services du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Poursuite de l'implantation du concept intégrateur SERG 1 et début des travaux pour SERG 2.
- Enquête administrative dans deux RPA.
- Mise à jour des canevas des ententes de service en RPA.
- Formation sur le nouveau cadre de référence en RI-RTF.
- Analyse (mise à jour, reconduction, annulation d'ententes spécifiques avec les RI) et planification d'une tournée régionale pour présenter les orientations du CISSS et ententes de partenariat.
- Visites ministérielles des trois CHSLD du Témiscouata, des deux CHSLD de Kamouraska ainsi que le suivi du CHSLD de Saint-Joseph.
- Appui BSL et Info-Social pour répondre aux questions d'information des proches aidants.
- Achat de services avec les entreprises d'économie sociale (EÉS) pour du soutien à domicile avec ententes formelles.
- Achats de services avec les quatre Centres d'actions bénévoles (la Société Alzheimer - tous les territoires, Relais Santé Matane et une RPA) pour les activités à caractère thérapeutique des centres de jour.

Direction des programmes
santé mentale et dépendance

MANDAT

La Direction des programmes santé mentale et dépendance est notamment responsable des équipes de santé mentale, de dépendance, de psychiatrie, de l'hôpital de jour et des RI-RTF. Elle a pour responsabilité de planifier et de veiller au développement et à la mobilisation de l'ensemble des gestionnaires et des équipes du programme santé mentale et dépendance.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Maintien des services en santé mentale et en dépendance dans chacune des MRC du Bas-Saint-Laurent, entre autres, en suivant l'évolution des listes d'attente et de la disponibilité des ressources. Intervention de la direction à plusieurs reprises lorsqu'une personne présentait une situation clinique complexe avec des besoins multiples afin de trouver une solution adéquate et rapide dans l'intérêt du client.
- Création d'un comité de gestion transitoire, dès le début de l'année financière, afin de s'assurer de la saine gestion des deniers publics et du pilotage du changement organisationnel.
- Établissement du bilan des plans d'amélioration de la qualité des anciens établissements fusionnés afin de s'en inspirer pour concevoir un plan d'amélioration régional des services de santé mentale et dépendance.
- Définition du nouvel organigramme de la direction, rapidement, en début d'année, en se basant sur une approche d'intégration des services de santé mentale et de dépendance dans la communauté, et des services spécialisés d'autre part.
- Établissement du contour financier de la nouvelle direction, en collaboration avec la Direction des finances, et réalisation de la cartographie des services offerts.
- Réalisation de deux tournées des équipes de travail afin de partager la vision de la direction et les orientations du MSSS, mais surtout afin d'entendre les perceptions des membres du personnel sur les besoins de la clientèle et des enjeux qu'ils identifient quant aux services de santé mentale et en dépendance.
- Réalisation de rencontres avec des représentants des usagers en santé mentale et en dépendance afin que ceux-ci puissent partager directement à la direction leurs besoins et leur appréciation de la qualité des services reçus ainsi que la mise en place prochainement d'un comité aviseur composé de personnes ayant reçu des services de santé mentale et en dépendance pour que les clients aient une occasion de commenter l'organisation des services et de participer à leur révision.
- Identification des écarts entre les objectifs du Plan d'action en santé mentale 2015-2020, promu par le MSSS, et les services offerts au Bas-Saint-Laurent, à la lumière de l'état de situation réalisé par les gestionnaires et les psychiatres.
- Rédaction d'un plan d'action régional visant à actualiser, d'ici cinq ans, les orientations des programmes santé mentale et dépendance qui prévoit plusieurs mesures, dont certaines ont été amorcées dans la dernière année.

  En voici quelques exemples :
  - amorcer un chantier visant un meilleur arrimage entre les services en santé mentale et en dépendance;
  - revoir l'offre de service de crise 24/7 afin de s'assurer, au cours de la prochaine année, de la disponibilité de ce service sur l'ensemble du territoire du Bas-Saint-Laurent;
  - création d'un groupe de travail visant à améliorer et simplifier les mécanismes de référence et de prise en charge des clients.

- Réalisation d'audits (évaluation de la qualité) dans plusieurs ressources d'hébergement en santé mentale dont certaines observations réalisées se sont soldées par des recommandations qui font l'objet d'un suivi avec les propriétaires afin d'améliorer le service aux usagers.
- Appréciation par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) des pratiques cliniques dans les équipes de santé mentale dans la communauté, plus spécifiquement les équipes de suivi d'intensité variable et les équipes offrant un suivi intensif aux personnes ayant un problème de santé mentale.
- Implantation d'un programme de suivi systématique des clients ayant des symptômes dépressifs, vers la fin de l'année financière, par l'équipe des services spécialisés en santé mentale de Rimouski-Neigette avec la complicité de l'équipe médicale.
- Mises sous garde de personnes dans une installation maintenue par notre établissement :
  - 12 personnes mises sous garde préventive ou provisoire;
  - 125 personnes mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil;
  - 92 demandes de mises sous garde présentées au tribunal par l'établissement;
  - 169 usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée.

Note : Les données ne sont pas comptabilisées de façon similaire sur tout le territoire. Des ajustements ont été apportés à la réception des données et une harmonisation sera réalisée pour la prochaine année financière.

Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

MANDAT

La Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche a pour mandat d'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins et services à la population en soutenant le développement de compétences cliniques de haut niveau intégrées aux besoins organisationnels en favorisant :

- une synergie entre l'organisation et les milieux d'enseignement;
- le développement de la recherche dans les différents champs de spécialités présents dans l'organisation et d'un maillage entre eux.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Création d'une direction de l'enseignement universitaire et de la recherche en 2015 à la suite de la promulgation du projet de Loi 10.
- Nomination d'un directeur en mai 2015 et de deux adjointes pour les volets enseignement universitaire et recherche.
- Regroupement des milieux de soins et services qui font de la recherche sur le territoire du Bas-Saint-Laurent dans les secteurs d'activité suivants : hémato-oncologie, rhumatologie, néphrologie, microbiologie infectieuse, centre jeunesse, CRDI-TED et pharmacie.
- Consolidation de l'infrastructure de la direction (enseignement/recherche) et des collaborations régionales et suprarégionales en cours.
- Évaluation, par le comité d'éthique de la recherche, de six nouveaux projets de recherche, dont deux essais cliniques en hémato-oncologie se déroulant dans plusieurs sites au Québec et qui, au total, est responsable du suivi éthique de plus de 20 projets de recherche en cours dans l'établissement et ailleurs au Québec.

- Coordination des activités du centre de documentation qui soutient la réalisation des diverses missions de l'organisation et qui s'adressent tant au personnel médical que paramédical, aux stagiaires ainsi qu'aux patients et à leur famille.
- Regroupement et centralisation des services et des collections de tous les centres de documentation régionaux dont la poursuite du développement s'effectue dans le respect de la visée universitaire de l'organisation.
- Visite du doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval et de son équipe de direction le 16 octobre 2015, avec présentation de l'état des travaux de la direction.
- Organisation de la formation professorale annuelle tenue le 27 novembre 2015 en collaboration avec l'Université Laval.
- Accueil de douze médecins externes juniors et de dix médecins externes seniors.

<u>UMF de Rimouski</u>

- Cohorte de sept résidents R1, dont trois proviennent du programme d'externat longitudinal intégré et cohorte de sept résidents R2.
- Départ d'un médecin superviseur en octobre 2015 et accueil d'un nouveau médecin en janvier 2016, portant le groupe de médecins superviseurs à 10 sur un plan d'effectifs de 14.
- Collaboration avec le groupe de médecins du CLSC afin de former un GMF d'ici décembre 2016.

<u>UMF de Trois-Pistoles</u>

- Cohorte de neuf médecins résidents au 1er juillet 2015 et, en avril 2016, sept résidents et un externe sont actifs.
- Modifications des grilles de stage pour six résidents dues à diverses circonstances (congé de maternité, de maladie, pédagogique, etc.).
- Consultation auprès des directeurs d'UMF pour recueillir leurs commentaires sur un nouveau cadre de gestion des UMF en élaboration par le Ministère.
- Appui d'un projet de recherche.
- Réalisation de nombreuses activités de formation dont, entre autres, des cours d'enseignement programmé, des présentations scientifiques, des dîners-conférences et des clubs de lecture des résidents.
- Autorisation d'implanter le logiciel PetalMD pour la confection et la gestion des horaires.

Direction des soins infirmiers

MANDAT

La Direction des soins infirmiers a la responsabilité d'organiser et de donner les soins et les services requis par la clientèle dans certaines unités d'hospitalisation de courte durée et de soins courants. De plus, elle exerce des fonctions transversales auprès des autres directions cliniques, en conformité avec les responsabilités légales qui lui sont dévolues par la LSSSS. La prévention des infections relève de cette direction également.

ACTIVITÉS DE LA DIRECTION

- la qualité des soins;
- les compétences cliniques;
- l'organisation des soins et les effectifs en soins infirmiers;
- les règles de soins;
- le soutien au conseil des infirmières et infirmiers et au comité des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- l'enseignement et la recherche.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Mise en place de la gouverne en soins infirmiers avec 31 postes cadres, dont 24 sont comblés et, de ce nombre, 6 conseillères cadres en soins infirmiers et 2 conseillères cadres en prévention des infections soutiennent la gouverne.
- Mise en place du comité de gestion depuis septembre 2015.
- Mise en place d'un conseil exécutif transitoire du Conseil des infirmières et infirmiers.
- Visite de surveillance générale de l'exercice de la profession des infirmières et infirmiers auxiliaires en mai 2015 à l'installation de Rivière-du-Loup.
- Élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité de l'exercice et présentation aux membres du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires et aux gestionnaires concernés.
- Mise en place d'un comité pour le développement d'un cadre de référence sur l'élaboration, la révision et l'abrogation des ordonnances collectives, ordonnances standardisées et protocoles, en collaboration avec la Direction des services professionnels.
- Évaluation, dans chaque installation du CISSS, afin de déterminer le pourcentage d'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et de poursuivre la mise en place.
- Évaluation de la qualité des soins dans deux installations du CISSS, soit à Rimouski et aux Basques.
- Réorganisation du travail à l'unité multiclientèle de l'installation du Témiscouata afin de favoriser un milieu de travail performant et stimulant, l'épanouissement professionnel, une réorganisation des soins et des services pour mieux répondre aux besoins de la clientèle, tout en permettant de rééquilibrer la charge de travail, le respect des rôles et responsabilités de chacun et l'augmentation des heures directes à la clientèle.
- Poursuite du déploiement du programme de rehaussement des compétences cliniques des infirmières et infirmières auxiliaires en centre d'hébergement et de soins de longue durée et en soutien à domicile.
- Réalisation de la formation concernant le constat de décès à domicile par les infirmières sur tout le territoire (sauf Les Basques) incluant l'uniformisation d'une politique et d'une règle de soins infirmiers.
- Mise en place de certaines conditions pour permettre le recrutement et l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) afin de combler huit postes sur le territoire.
- Révision de la structure en prévention et contrôle des infections qui comporte deux conseillères cadres dont l'une couvre le secteur est et l'autre le secteur ouest du territoire ainsi que des infirmières conseillères en PCI, et ce, en étroite collaboration avec la Direction des services professionnels.
- Développement du modèle de gouvernance clinique en PCI en collaboration avec le président-directeur général adjoint, la Direction des services professionnels et la Direction de la santé publique.
- Élaboration d'un plan d'action 2015-2020 pour la prévention et le contrôle des infections (PCI) nosocomiales, à la suite de la publication du plan d'action ministériel en PCI.
- Élaboration d'algorithmes d'interventions prioritaires afin de répondre rapidement en cas d'éclosions mineures ou majeures.
- Priorisation de la surveillance des infections.

Le tableau suivant présente quelques données statistiques sur les taux d'incidence des infections nosocomiales pour les programmes faisant l'objet de surveillance provinciale.

Taux d'incidence (cas/10 000 patients-jour) des infections à surveillance obligatoire, Bas-Saint-Laurent, 2015-2016

CH	DACD	ERV infection	ERV colonisation	Bactériémie à S. aureus	Bactériémie à SARM	Bactériémie pan hospitalière
Hôpital régional de Rimouski	5,4	0,0	0,0	0,7	0,2	5,0
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	3,3	0,0	0,0	0,8	0,0	2,9
Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	10,3	0,0	0,0	1,4	1,3	2,6
Hôpital de Matane	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Hôpital d'Amqui	3,3	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0
Hôpital Notre-Dame-du-Lac	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bas-Saint-Laurent	4,8	0,0	0,2	0,6	0,2	3,5
Québec	**6,0**	**0,2**	**9,3**	**1,0**	**0,13**	**5,0**

Source : Fichier provincial SI-SPIN, données provisoires, 4 avril 2016
Source Bactériémie à S. aureus au Québec : Infocentre, 2 mai 2016

Note : Cible DACD CHRR et CHRGP 2014-2015 : 6,3
Cible DACD CH Fatima, Matane, Amqui et Notre-Dame-du-Lac 2014-2015 : 4,4 Cible SARM 2014-2015 : 0,56

Note : Les taux en caractère gras indiquent un dépassement statistiquement significatif de la cible annuelle du MSSS.

Traitement des données : Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, Danielle Ruest - 9 mai 2016

Direction des services professionnels

MANDAT

La Direction des services professionnels est responsable, outre des chefs de département, des cadres hiérarchiques des services suivants : blocs opératoires, endoscopie, urgences, soins critiques, centre de cancérologie et gestion des lits. Elle assume la responsabilité de services transversaux. Elle veille sur l'évolution des pratiques cliniques transversales, soit la qualité et l'évolution de la pratique, le processus d'agrément, l'interdisciplinarité et l'expérience-patient en collaboration avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique.

La Direction des services professionnels dirige également la création de corridors de services, la mise en œuvre de différentes stratégies et programmes essentiels à l'organisation. Elle s'assure de l'efficacité de ces processus et de leur amélioration constante par une implication active au niveau de la révision des processus de travail, la détermination des profils de compétences adaptés aux clientèles desservies, de même qu'à l'application et au respect des normes professionnelles. Elle veille au bon fonctionnement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et des comités gérés par ce conseil.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

Services médicaux de première ligne

- Accompagnement pour les 10 GMF de la région afin de faire la demande d'adhésion au nouveau programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF.
- Travaux menant à l'élaboration de deux nouveaux projets de GMF à venir pour la région en 2016.
- Tenue de deux réunions de la Table de concertation régionale pour les GMF.
- Tournée des GMF afin de connaître leurs besoins pour les ressources travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé octroyés avec le Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF.
- Organisation de la 8e Journée annuelle de formation en maladies chroniques, le 8 mai 2015.
- Poursuite des services maladies chroniques offerts en 1re ligne.
- Collaboration entre les équipes maladies chroniques et les pharmaciens de plus en plus présente, notamment au niveau de la référence au programme.
- Révision de la formule des cours de groupe en maladies chroniques en utilisant davantage les techniques d'entretien motivationnel de groupe.
- Poursuite du suivi systématique de la clientèle « maladie pulmonaire obstructive chronique » (MPOC) au Kamouraska.
- Implantation du projet « INSPIRED » à Rimouski pour une meilleure prise en charge de la clientèle MPOC.
- Implantation d'un guichet d'accès régional en douleur chronique, fonctionnel et utilisé de façon adéquate.
- Définition et implantation du cheminement de l'usager à travers le Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent (CDCBSL).
- Développement de mécanismes de liaison entre les centres secondaires du CDCBSL.
- Dépôt au MSSS de la Planification régionale 2015-2018 des activités en douleur chronique.
- Travaux en cours afin de réinstaurer dans la région les groupes de soutien en douleur chronique comme proposé par l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC).
- Prise en charge de 7 783 patients du Bas-Saint-Laurent sans médecin de famille par un médecin de famille faisant partie des huit guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), soit un guichet par territoire de réseau local de service.
- Inscription de près de 84 % de la population bas-laurentienne auprès d'un médecin de famille, soit 4 % de plus qu'à la même période l'an dernier.
- Dénombrement de 7 311 patients orphelins inscrits aux guichets et en attente de se voir désigner un médecin de famille.

Services médicaux spécialisés

- Mise en place d'une nouvelle structure de gouverne en oncologie et d'un comité de coordination en cancérologie interrégional regroupant les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie.

- Début des travaux de la mise à niveau des unités d'endoscopie des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Mise en place d'un comité de diagnostic et du traitement du cancer à l'Hôpital régional de Rimouski.
- Respect des délais prescrits, soit de 28 jours, pour 99,8 % des 883 patients du Service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski qui ont commencé leur protocole de traitement.
- Amélioration de la durée moyenne de séjour sur civière des urgences qui se démarque très positivement par rapport à celle de l'ensemble du Québec (7,7 h par rapport à 15,5 h).
- Mobilisation des services d'urgence visant à améliorer les délais d'attente de leur clientèle ambulatoire ne nécessitant pas d'hospitalisation afin de réduire la durée de séjour à moins de quatre heures.
- Discussions en vue de réorienter la clientèle ayant consulté pour des urgences mineures vers les GMF du territoire.
- Réalisation d'exercices de simulation de mise en alerte et de déploiement du plan de mesures d'urgence « Code orange » impliquant certains services d'urgence.
- Entreprise d'un projet de réorganisation de la surveillance des télémétries à Rimouski et dans les autres installations du CISSS, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers.
- Désignation du directeur adjoint des services professionnels à titre de responsable de gestion de l'accès agissant sous l'autorité du directeur des services professionnels.
- Adoption d'une structure de gouvernance et de gestion de l'accès aux services spécialisés.
- Mise de l'avant d'un plan d'action autour de trois domaines ciblés où l'accès doit être maintenu ou amélioré : la chirurgie, les services diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les consultations spécialisées.
- Élaboration d'une procédure régionale de gestion de l'accès afin de standardiser le fonctionnement des cliniques de consultations spécialisées sur le territoire.
- Réalisation de 12 310 chirurgies dans les installations du CISSS, soit une augmentation de 6,3 % par rapport à 2014-2015.
- Réalisation de 95 % des chirurgies à l'intérieur des délais ciblés, avec un délai moyen d'attente pour une chirurgie de neuf semaines et diminutions respectives de 33 % et 50 % pour les patients hors délais de six mois et un an.
- Réalisation d'un plan clinique pour le bloc opératoire de l'Hôpital régional de Rimouski dans le but de préciser les besoins chirurgicaux et cliniques pour les 15 à 30 prochaines années, et ce, en vue d'élaborer un projet immobilier pour corriger la vétusté de ces plateaux techniques.
- Mise en œuvre d'un comité de travail pour améliorer la performance des blocs opératoires, notamment au niveau de la gestion des approvisionnements, de façon à permettre de répondre aux besoins chirurgicaux d'un plus grand nombre d'usagers.
- Élaboration d'un projet d'optimisation de la performance des cliniques externes spécialisées à Rimouski regroupant et harmonisant le fonctionnement de certaines cliniques de médecine spécialisée soit : la cardiologie, la neurologie, la médecine interne et vasculaire, la néphrologie, l'endocrinologie et la rhumatologie.
- Dépôt d'un plan d'action visant à déployer le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) spécialisés.
- Déploiement en processus d'un comité de coordination du continuum de services AVC afin de gérer la trajectoire des clients lors des différentes phases de l'AVC.
- Réalisation de travaux pour améliorer l'intervention en phase hyperaiguë, lors d'un AVC, ce qui permettra que la thrombectomie soit bientôt accessible pour quatre des six installations du Bas-Saint-Laurent.
- Organisation des ressources actuelles afin de rendre accessible une unité vasculaire à l'intérieur d'un continuum de service intégré et coordonné pour les usagers.
- Élaboration en cours d'un plan d'action triennal en suppléance rénale incluant un projet d'implantation d'une unité satellite d'hémodialyse localisée à Rivière-du-Loup.
- Réalisation de travaux impliquant la collaboration de plusieurs directions cliniques, sous le leadership de la Direction des services professionnels, afin d'améliorer la coordination et la continuité des soins et services qui découlent du passage d'un usager hospitalisé d'une unité de courte durée à tout autre milieu à la suite d'un épisode de soins aigus (ressource de réadaptation, ressource d'hébergement ou à domicile avec ou sans services).
- Implantation d'un nouveau cadre de gestion des données hospitalières (RQSUCH) pour permettre de déterminer avec précision le nombre d'usagers ne requérant plus d'hospitalisation en soins aigus, mais qui continuent d'y occuper un lit, en attente de soins et services dans un milieu plus approprié et de faciliter leur trajectoire de services.
- Commencement d'un exercice de révision des plans de surcapacité des hôpitaux du territoire, en débutant par l'Hôpital régional de Rimouski.

Affaires médicales

- Modification du plan d'effectifs médicaux (PEM) en médecine spécialisée pour l'année 2016, soit la première année du plan quinquennal 2016-2020 avec :
  - ajout de deux postes en médecine interne (Rivière-du-Loup et Témiscouata);
  - ajout d'un poste en cardiologie (Rimouski);
  - ajout d'un poste en chirurgie générale (Rimouski);
  - abolition d'un poste en santé communautaire (Rivière-du-Loup).
- Dénombrement de 246 postes autorisés en médecine spécialisée pour la région, dont 25 postes sont disponibles au 31 mars 2016.
- Ajustement du mécanisme de sélection de façon à répondre adéquatement aux priorités du DRMG tout en respectant les clauses dérogatoires mises de l'avant par le MSSS dans le cadre du Plan des effectifs médicaux en omnipratique.
- Recrutement de 14 nouveaux omnipraticiens au Bas-Saint-Laurent.
- Redéfinition de la trajectoire des dossiers de recrutement tant en omnipratique qu'en médecine spécialisée afin d'éviter le duplicata des interventions et de respecter les exigences ministérielles.
- Réalisation de la reddition de comptes concernant le Programme de formation médicale décentralisée et le Fonds de médecin en région et respect des nouvelles balises de ces programmes.
- Maintien de la participation de l'organisation aux principales activités de recrutement destinées aux médecins résidents (Salon des résidents de l'Université Laval, Salon des résidents de la Fédération des médecins résidents du Québec, etc.).
- Dépôt et adoption du plan d'organisation clinique après validation auprès du MSSS.
- Animation du CMDP et création du comité régional de pharmacologie, du comité régional de l'évaluation de la qualité de l'acte et du comité régional des titres.
- Déploiement d'une structure transitoire de gouvernance médicale par installation basée sur des conseillers médicaux locaux et qui sera réévaluée lorsque les chefs de département seront en poste.
- Création d'un comité médico-pharmaco-administratif visant à approuver au cas par cas les traitements pharmacologiques en oncologie qui dérogeraient aux critères de l'INESSS, mais qui seraient cliniquement indiqués.
- Gestion de quelques dossiers de discipline et de non-renouvellement des privilèges de certains médecins membres du CMDP.
- Restructuration de l'organisation des ressources humaines au sein du département de pharmacie afin d'améliorer les processus de travail.
- Transfert de certaines activités de l'hôpital vers les pharmacies communautaires (ex. : suivis de Warfarin dans La Matapédia).
- Recrutement de pharmaciens et début de réflexion afin de limiter le dépannage en pharmacie et de réussir à impliquer des pharmaciens sur les unités de soins et dans les CHSLD.

Direction des services multidisciplinaires

MANDAT

La Direction des services multidisciplinaires est responsable des cadres hiérarchiques et des secteurs de la radiologie, de la médecine nucléaire, de l'inhalothérapie, de la nutrition clinique, de la réadaptation hospitalière et externe, des laboratoires ainsi que des archives et du retraitement.

De plus, elle a des responsabilités dans des services transversaux, dont les services spirituels et le bénévolat, et veille à l'évolution des pratiques cliniques transversales pour les secteurs relevant de ses responsabilités, soit la qualité et l'évolution de la pratique, le processus d'agrément, l'interdisciplinarité et l'expérience client.

FAITS SAILLANTS

- Élaboration de l'organigramme de la direction et entrée en fonction des cadres intermédiaires.
- Mise en place de l'exécutif transitoire du conseil multidisciplinaire.
- Réalisation d'une cartographie des services de la direction.
- Mise en place des comités de gestion.
- Gestion des actifs informationnels de la direction.
- Élaboration d'une cartographie des compétences de l'équipe de gestion.

Retraitement des dispositifs médicaux (RDM)

- Projet de poste d'assistante infirmière clinicienne pour soutenir le chef de service.
- Réorganisation de la structure par l'ajout d'un chef d'équipe pour l'installation de Rivière-du-Loup.
- Révision de la structure avec ajouts de tâches de chef d'équipe pour chacune des installations.
- Élaboration et suivi d'un plan d'amélioration pour chacune des installations afin d'optimiser les pratiques et atteindre les conformités requises selon les normes en vigueur.
- Relance des comités de travail sur la prolongation de la durée de vie des URDM de Rimouski et Rivière-du-Loup.

Encadrement des pratiques professionnelles

- Établissement de zones d'échanges et de collaboration avec les directions cliniques et administratives.
- Identification de mécanismes de collaboration avec les conseillères à la gestion des risques à l'analyse d'événements sentinelles / perspective des pratiques professionnelles.
- Participation au chantier préparatoire à la création du comité éthique – CISSS.
- Accompagnement et soutien aux gestionnaires pour des dossiers d'employés faisant face à des difficultés de pratiques professionnelles.
- Participation au comité de travail sur l'orientation du travail des spécialistes en activités cliniques.
- Représentation à la Table provinciale des conseillers aux pratiques professionnelles.
- Appropriation du cadre de référence provincial en matière d'encadrement professionnel.
- Développement d'outils d'observation et de stratégies facilitant le soutien, l'encadrement et le développement professionnels.
- Accompagnement des équipes lors d'inspections professionnelles : visite de l'Ordre des inhalothérapeutes à Matane.

Laboratoires

- Démarches de suivis aux normes d'Agrément Canada.
- Réalisation d'un projet d'optimisation des processus de travail au laboratoire de Kamouraska.
- Travaux portant sur la pertinence des quatorze analyses.
- Respect des délais maximaux pour l'arrivée des spécimens.
- Mise en place de nombreux critères afin d'optimiser la qualité des résultats des patients.
- Visites d'inspection professionnelle.
- Révision de la gouverne du Comité directeur Optilab et élaboration du plan d'action.
- Visite du MSSS au laboratoire serveur de Rimouski.
- Reprise des travaux portant sur le système d'information des laboratoires.

Imagerie médicale

- Mise en place d'une voie de desserte en médecine nucléaire pour scan cérébral en cas de bris du tomodensitomètre en radiologie à Rivière-du-Loup.
- Mise à jour du plan d'action pour la thrombectomie AVC.
- Remplacement de l'ostéodensitomètre à Rivière-du-Loup.
- Mise en place de la phase 2 de la dictée numérique en médecine nucléaire et reconnaissance vocale en radiologie à Rivière-du-Loup.
- Reprise des travaux afin de déterminer l'implantation de la dictée numérique pour les volets hors imagerie et reconnaissance vocale.
- Début des travaux pour la mise en place d'une collecte de données valides pour l'ensemble des services d'imagerie en lien avec la gestion de l'accès.
- Visites d'inspection professionnelle.
- Remplacement du tomodensitomètre à Matane.
- Renouvellement de l'échographe au Kamouraska.
- Déploiement de la dictée numérique au Témiscouata.
- Adoption d'une procédure d'asepsie pour les arthrographies et infiltrations en collaboration avec l'équipe en prévention des infections de Rimouski.
- Remplacement de l'appareil d'angiographie au département de radiologie de Rimouski.
- Travaux effectués par le département de l'imagerie médicale comprenant la médecine nucléaire et la radiologie afin de répondre aux normes ministérielles concernant l'accès au plateau technique à Rimouski.

Service des bénévoles et des intervenants en soins spirituels

- Analyse des services de bénévoles existant sur le territoire du Bas-Saint-Laurent.
- Tournée régionale auprès des membres des associations, comités et bénévoles.
- Collecte des besoins et analyse du rôle et fonctionnement des services de soins spirituels sur le territoire et des bénévoles.
- Mise à jour de la description de fonctions des intervenants en soins spirituels et révision de leur fonctionnement dans les hôpitaux, centres d'hébergement de longue durée et à domicile.
- Réorganisation des services des bénévoles de Rimouski.
- Intervention orientée vers l'accompagnement spirituel à la suite de la révision des tâches.
- Implication des intervenants en soins spirituels dans l'application de la Loi 2 concernant les soins de fin de vie.

Archives

- Arrêt de l'impression des notes I-CLSC pour le classement aux archives médicales permettant de diminuer le classement au quotidien à Rivière-du-Loup, dans La Matanie et La Mitis.
- Début des travaux pour la mise à niveau des pratiques de gestion du dossier usager au sein du CRDI-TED du Bas-Saint-Laurent.
- Augmentation de 24 % de la transcription médicale par les médecins de l'Hôpital régional de Rimouski : 212 896 minutes ont été dictées.
- Augmentation de 5,37 % de sortie de dossiers pour les cliniques externes (planifiée) : 184 809 dossiers ont été sortis.
- Augmentation de 1,39 % de sortie de dossiers pour l'urgence, les externes (non planifiée) : 60 708 dossiers ont été sortis.
- Projet de transcription interinstallations.
- Réaménagement physique des archives du CLSC de Rivière-du-Loup.
- Visite de l'Ordre des professionnels des inhalothérapeutes du Québec à Matane.
- Réorganisation des services de nutrition afin de répondre aux besoins de la clientèle en oncologie et en pédiatrie à Rimouski.

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique

MANDAT

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique clinique a pour responsabilité de soutenir les directions et les gestionnaires dans la création de corridors de services pour la clientèle, de mettre en œuvre différentes stratégies et programmes essentiels à l'organisation en matière d'évaluation, de qualité, de gestion de risques, de performance et d'éthique. Elle veille également à la préparation, au bon déroulement et au suivi des différents audits de qualité de l'organisation, dont l'agrément, les visites ministérielles en CHSLD et RI/RTF, ainsi que la certification des RPA. Par ailleurs, elle s'assure du bon fonctionnement du comité d'éthique et compte un représentant au comité de coordination clinique.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Mise en place du comité de gestion des risques, adoption du règlement, mise en place d'un rapport trimestriel et formation des gestionnaires et des employés.
- Mise en place d'un groupe de travail pour le déploiement de l'offre de service régionale en matière d'éthique clinique.
- Participation à la Journée de réflexion en éthique offerte par le CISSS de Laval.
- Coordination de la démarche de suivi et de reddition de compte de l'entente de gestion et d'imputabilité et élaboration d'un processus et d'outils de suivi.
- Visite de six installations CHSLD dont les rapports de visites et les plans d'amélioration sont disponibles sur le site Internet du CISSS du Bas-Saint-Laurent : www.cisss-bsl.gouv.qc.ca.
  - Rivière-du-Loup : Centre d'hébergement Saint-Joseph;
  - Témiscouata : Centres d'hébergement Squatec, Rivière-Bleue et Saint-Louis-du-Ha! Ha!;
  - Kamouraska : Centres d'hébergement d'Anjou et Villa Maria.

- Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF.
- Visite de ressources du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) en septembre 2015. Les rapports de visites et les plans d'amélioration sont disponibles sur le site Internet du CISSS du Bas-Saint-Laurent : www.cisss-bsl.gouv.qc.ca.
- Coordination du suivi du plan d'amélioration en regard de la visite de décembre 2014 des ressources rattachées à l'installation du Centre jeunesse.
- Poursuite des travaux de soutien à l'appropriation et à l'harmonisation des pratiques en regard du Cadre de référence RI-RTF, des ententes collectives et nationales, de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance auprès des différents programmes clientèles.
- Accompagnement et intervention en regard du contrôle de la qualité des services en RI-RTF.
- Inscription de 150 résidences du Bas-Saint-Laurent au Registre des résidences privées pour aînés.
- Visite du Conseil québécois d'agrément dans les résidences en processus de renouvellement de leur certification.
- Visites de soutien auprès des 32 exploitants.
- Visites de validation de la conformité aux exigences de la certification des RPA.
- Enquête administrative pour une RPA et révocation du certificat de conformité.
- Diffusion et mise en place de nouvelles façons de faire en matière de réévaluation d'un régime de protection.
- Révision du processus de traitement des demandes d'ouverture d'un régime de protection.
- Définition et diffusion des rôles des intervenants pivots de chaque installation pour le régime de protection.
- Mise en place d'un comité stratégique pour le déploiement du dossier des zones grises.
- Mise en place du bureau de projet organisationnel permanent :
  - soutien et accompagnement aux directions dans plusieurs projets d'amélioration;
  - implication de l'équipe dans les mandats confiés au bureau de soutien à la transformation (BST), dont le recensement de tous les projets de l'organisation et la participation dans la réalisation de certains outils de gestion;
  - mise en place de l'équipe des professionnels.
- Mise en place du service de gestion des données et prise en charge de l'équipe de pilotage I-CLSC de la région.
- Redéfinition en cours de l'offre de services de la gestion de la production, de l'analyse de rapports et des tableaux de bord ainsi que celle de la gestion de la qualité de la donnée.
- Harmonisation de la gestion de la performance tant au MSSS que dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux afin de répondre efficacement aux besoins de la population. À cet effet, les activités suivantes ont été réalisées :
  - sélection des cinq directions pilotes;
  - formation sur la salle de pilotage stratégique par la chaire de recherche IRISS de l'UQTR;
  - conception en cours des quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique et de la salle virtuelle;
  - définition du projet et élaboration du plan d'action 2016-2017.

Direction des services techniques

MANDAT

La Direction des services techniques est responsable de mettre en œuvre de multiples actions pour fournir des milieux de soins, des milieux de vie et des services fonctionnels, salubres, confortables et sécuritaires pour les usagers, les employés et les visiteurs. Elle assure la gestion des ressources matérielles de l'établissement, notamment ses terrains, bâtiments et équipements. Elle veille aussi au fonctionnement des services alimentaires et des services de buanderie, ainsi qu'à l'hygiène salubrité de l'établissement (mobiliers, fournitures, équipements et services). De plus, elle assure, en collaboration avec les gestionnaires, la mise en œuvre de différents programmes et stratégies essentiels à l'organisation et s'assure de l'efficacité de ces processus et de leur amélioration constante.

FAITS SAILLANTS

- Prévision d'engagements de 16,94 M$ en maintien des actifs et de 2,65 M$ en rénovation fonctionnelle dans les diverses propriétés du CISSS au Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) 2015-2016.

- Optimisation des baux en regard du Plan d'optimisation du parc immobilier du CISSS du Bas-Saint-Laurent qui comprend une stratégie d'optimisation fondée à la fois sur le rapatriement d'un maximum d'activités dans les propriétés du CISSS, la consolidation d'activités affinitaires dans des espaces locatifs ciblés et la terminaison de certains baux.
- Adoption du Cadre de gestion des immobilisations, le 14 mars 2016, qui précise les fonctions et responsabilités des diverses parties prenantes à chacune des grandes étapes des projets immobiliers. Il décrit les processus associés aux différentes étapes de planification, de réalisation et d'évaluation de performance d'un projet immobilier. Il présente les principaux outils de gestion mis à la disposition des demandeurs pour mener à bien leurs projets.
- Inscription au Plan québécois des infrastructures (PQI) du projet de construction d'un nouveau complexe chirurgical et mise aux normes de certains secteurs de la santé mentale à l'Hôpital régional de Rimouski.
- Réduction prévue de près de 30 % de la consommation unitaire d'énergie (de 1,73 GJ/m^2/an à 1,24 GJ/m^2/an) avec ce projet.
- Remplacement de l'appareil d'angiographie à Rimouski qui a nécessité, outre l'installation du nouvel appareil, la réfection de murs, de plafonds, de revêtements de plancher, d'éléments structuraux, d'alimentation en gaz médicaux, d'éclairage, de ventilation et le réaménagement du poste de travail, du poste de contrôle et évier de brossage et du rangement spécialisé associés.
- Réalisation d'une analyse de procédures, de techniques de travail, d'organisation du travail ainsi que de l'offre de service des services d'hôtellerie de tous les anciens établissements de la région qui a permis l'amorce d'un processus d'harmonisation des façons de faire, lequel vise à maintenir et à consolider les meilleures pratiques à l'échelle du CISSS.

Direction des ressources informationnelles

MANDAT

La Direction des ressources informationnelles a pour responsabilités la collecte, l'archivage et l'accessibilité de toutes les données ou de tous les documents cliniques et administratifs. Elle s'assure que tous les employés ou prestataires de soins ou de services ayant les privilèges d'accès requis puissent consulter, rédiger et diffuser, lorsque permis et nécessaire, toute l'information de nature clinique ou administrative. Elle s'assure également de la disponibilité et de la performance des équipements et de l'infrastructure et veille au maintien et à la pérennité de l'infrastructure de télécommunication et de traitement.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Actualisation du plan de regroupement des 70 ressources des établissements fusionnés dans une nouvelle direction organisée en trois grandes fonctions que sont le soutien aux utilisateurs, la gestion des infrastructures technologiques et le soutien aux systèmes d'information.
- Décloisonnement des réseaux de télécommunications pour faciliter la circulation de l'information dans l'ensemble de l'établissement.
- Adoption et mise en place d'une gouverne clinique et administrative des ressources informationnelles.
- Création du centre de soutien aux utilisateurs (CSU) qui répond à plus de 1 000 requêtes de services par semaine.
- Mise à niveau des postes de travail (Windows, IE, Office, Lotus Notes) et isolement des postes XP et des serveurs 2003 ne pouvant être migrés.
- Déménagement de plus de 250 intervenants administratifs et cliniques.
- Mise en œuvre de la gestion des incidents de sécurité de l'information et des recommandations associées aux travaux du réseau d'alerte ministériel.
- Accompagnement des cliniques privées, des GMF et des UMF du territoire pour faciliter leur adhésion et la gestion du changement dans le déploiement du dossier médical électronique.
- Réalisation d'une première planification triennale unifiée des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI) ainsi que d'une première planification des activités en ressources informationnelles (PARI).
- Dépôt et réalisation du plan d'évolution du rehaussement de l'identification des usagers et de l'index patient organisationnel arrimé au registre des usagers.
- Poursuite de déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) avec l'alimentation de six des huit laboratoires de la région représentant plus de 85 % des analyses réalisées.

- Démarrage de la phase 2 du déploiement de la dictée numérique régionale prévoyant la dictée et la transcription hors imagerie et la reconnaissance vocale.
- Amorce des travaux de révision de la stratégie de déploiement du dossier clinique informatisé (DCI) pour l'adapter au choix ministériel d'un produit unique.
- Élaboration d'un bilan annuel de sécurité en ressources informationnelles totalisant 41 activités de sensibilisation, d'évaluation et d'amélioration.

Direction de la logistique

MANDAT

La Direction de la logistique a la responsabilité de l'acquisition des biens, de la gestion du matériel (réception, entreposage, réapprovisionnement et distribution), du génie biomédical, de la messagerie, du volet contractuel RI/RTF du service des aides techniques et du transport. Elle veille au développement constant de la chaîne logistique de l'établissement, c'est-à-dire à la gestion des flux d'information et de marchandise. Par ailleurs, la direction joue un rôle de service-conseil, de soutien et d'expertise fonctionnelle auprès des gestionnaires pour offrir une compétence solide en matière de planification logistique dans le cadre de projets organisationnels et de revue des processus de gestion de la chaîne logistique interne et externe. Elle assure également la mise en oeuvre de stratégies et de programmes essentiels à l'organisation, dont les mesures d'urgence et la sécurité civile.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Nomination du directeur de la logistique, mise en place de la structure et nomination de tous les gestionnaires.
- Actualisation du plan de conservation des équipements médicaux (PCEM).
- Installation d'un tomodensitomètre à l'Hôpital de Matane.
- Création du comité d'optimisation du transport des usagers.
- Rédaction et présentation de la Politique d'approvisionnement et de la gestion contractuelle à diverses instances.
- Nomination de la personne responsable du programme d'identification visuelle du gouvernement du Québec (PIV) et de la gestion documentaire pour le CISSS du Bas-Saint-Laurent :
  - création des gabarits administratifs et création d'un répertoire commun accessible à l'ensemble du personnel administratif;
  - analyse pour une uniformisation des messages d'accueil et des coordonnées téléphoniques des installations;
  - sondage d'harmonisation des calendriers de conservation.
- Mise en place du comité régional et des comités locaux de la sécurité civile.
- Identification des priorités d'acquisition des équipements pour les fondations des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

MANDAT

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques oriente, développe et coordonne les activités-conseils et opérationnelles concernant la prestation de services reliés à la gestion des ressources humaines, des communications internes et des affaires juridiques. Elle donne des conseils stratégiques en développement organisationnel, planification de main-d'œuvre, relations de travail, santé et sécurité, affaires juridiques, rémunération et avantages sociaux.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Mise en place de la structure de la direction et des postes de gestion, validation des organigrammes auprès du MSSS.
- Affichage et dotation de 252 postes-cadres, suivi au MSSS des plans de replacement des gestionnaires et suivi des plans d'utilisation des gestionnaires.
- Développement d'outils de communication pour l'organisation : site Intranet, site Web, bulletin En mouvement publié toutes les deux semaines et revue En mouvement publiée quatre fois par année.
- Révision de l'organisation des effectifs, de la cartographie des services et de l'offre de service de la direction.
- Élaboration du plan de développement des ressources humaines (PDRH) 2015-2016 dans chacune des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent avec l'assurance, au cours de l'année, de faire les liens nécessaires au bon fonctionnement de la formation.
- Production des bilans pour les remettre aux instances syndicales concernées.
- Embauche de 893 personnes dans différents titres d'emploi.
- Uniformisation du formulaire de réquisition de poste.
- Suivi légal, en application des conventions collectives en vigueur, de la transformation ou de la création des différents services ou de centres d'activité.
- Prise en charge de l'interprétation et de l'application des conventions collectives nationales et locales pour l'ensemble des installations en fonction de la nouvelle définition territoriale, c'est-à-dire pour chacun des pôles (est, centre et ouest) pour 42 instances syndicales.
- Validation des ententes de services essentiels pour le territoire, et ce, pour chacune des instances syndicales avec l'assurance du respect de celles-ci lors des journées de grève.
- Prise en charge de la responsabilité du traitement des demandes d'accès à l'information de nature administrative pour l'ensemble du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Traitement de 35 demandes d'accès à l'information.
- Élaboration d'un projet de politique sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels.
- Rédaction de quatre procédures (accès à l'information), en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires.
- Formation sur l'accès à l'information offerte à différents intervenants du CISSS.
- Réorganisation et implantation progressive d'un nouveau modèle d'organisation régional en matière de gestion de la présence intégrée au travail. Les enjeux, défis et leviers sont au cœur de ce modèle d'organisation.
  - 575 dossiers en gestion médicoadministrative;
  - 100 dossiers d'accident de travail;
  - 45 % des invalidités pour des conditions psychologiques;
  - Taux régional période 2014-2015 (excluant les employés de l'Agence) : 5,31 %;
  - Taux régional période 2015-2016 (incluant les employés de l'Agence) : 6.06 %.
- Élaboration d'un guide de soutien à l'entrée en fonction à l'intention des gestionnaires intermédiaires dans le contexte de la mise en place du CISSS du Bas-Saint-Laurent : ce guide se veut une liste d'étapes lors de l'entrée en fonction sous forme d'aide-mémoire accompagné d'un coffre à outils pour chacune d'elles afin d'aider le gestionnaire à bien se structurer dans cette phase.
- Conception d'un programme d'accompagnement des cadres pour une première expérience en gestion : ce programme s'adresse aux nouveaux cadres qui sont à leur passage de professionnel à gestionnaire et il s'avère un soutien personnalisé dans l'acquisition des compétences de base en gestion.
- Réalisation des « Capsules D.O. » qui sont des capsules de formation de 30 minutes à l'intention des cadres, se tenant toutes les trois semaines, sur différents sujets liés à la fonction de gestion. Les capsules sont animées par l'équipe en développement organisationnel ou par un collaborateur, selon le sujet.
- Élaboration d'un programme de coaching du personnel d'encadrement qui constitue un accompagnement structuré autour d'objectifs précis de développement à partir du potentiel actuel de l'individu.
- Participation au bureau de soutien à la gestion du changement.

Direction des ressources financières

MANDAT

La Direction des ressources financières a pour responsabilité d'assurer et de promouvoir une saine gestion financière en exerçant le contrôle du respect des lois, règlements, normes et pratiques de gestion dans les matières relatives aux activités de la direction et en assumant le leadership de l'amélioration continue de la performance financière. Plus spécifiquement, elle soutient les gestionnaires dans l'élaboration de leur budget, le suivi financier et les opérations comptables, conformément aux objectifs poursuivis par l'établissement et aux normes et pratiques de gestion généralement reconnues dans le domaine de la santé et des services sociaux. Elle effectue également la reddition de comptes aux différents paliers externes et internes de l'organisation et s'assure de dispenser les services financiers et les programmes en gestion financière. Elle joue également un rôle de contrôle interne en définissant les bonnes pratiques de gestion financière en proposant des recommandations aux gestionnaires dans le but d'augmenter la rentabilité et d'optimiser l'efficacité et l'efficience des opérations.

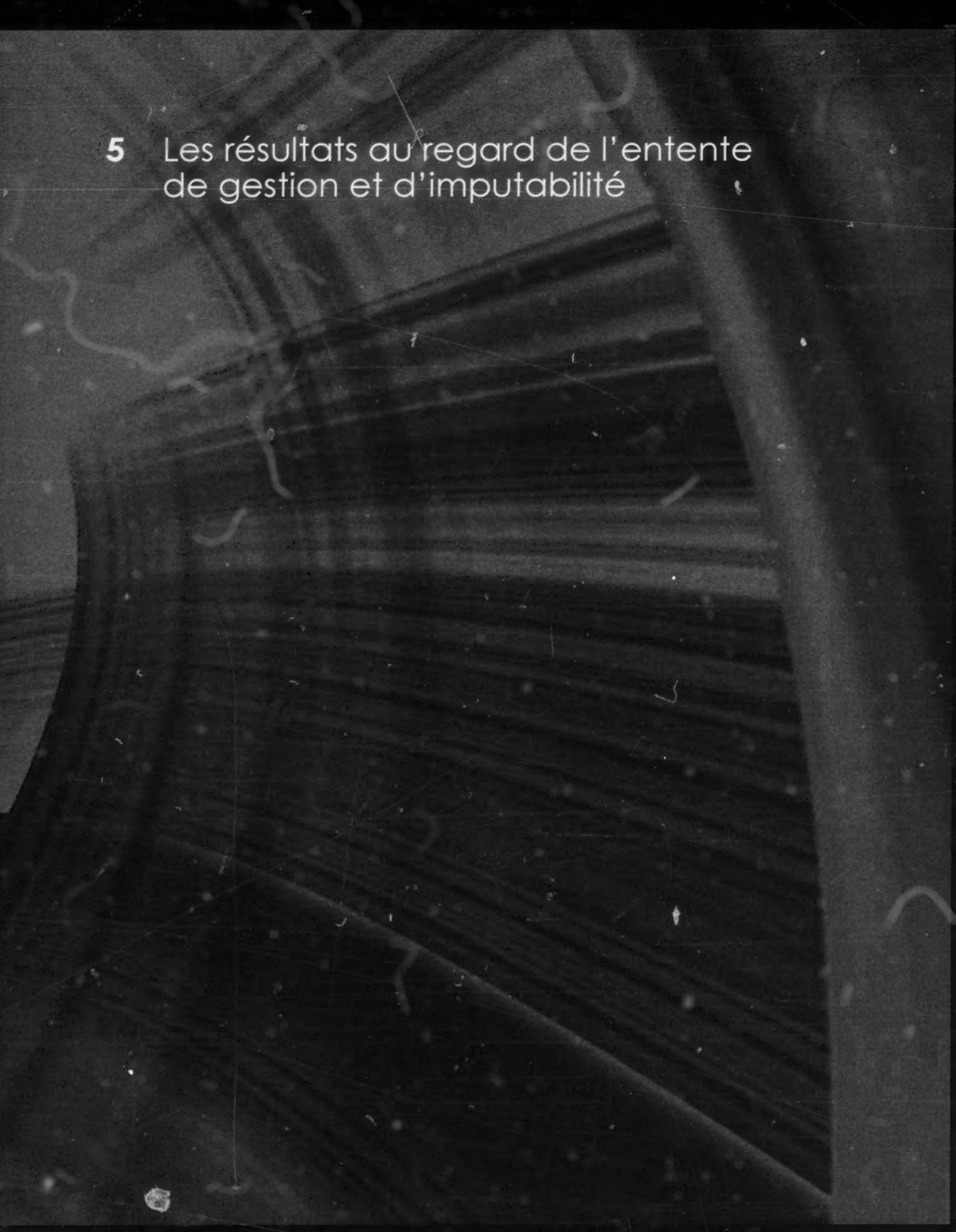
De plus, elle a le mandat de veiller à l'application des règles contractuelles prévues par la Loi sur les contrats des organismes publics.

FAITS SAILLANTS 2015-2016

- Fermeture des livres comptables, en début d'année, des 11 centres de santé et de services sociaux fusionnés et préparation du budget 2015-2016.
- Création d'un service de l'analyse et de la performance financières et mise en place de la structure d'encadrement.
- Répartition des tâches, des rôles et des responsabilités entre les équipes du Service de la comptabilité et celle de l'analyse et de la performance financières.
- Préparation et participation à l'appel d'offres pour la nomination des auditeurs indépendants.
- Réorganisation des équipes de travail sur le territoire.
- Intégration des activités financières de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent à l'installation de Rimouski-Neigette.
- Mise en place d'un suivi budgétaire par direction.
- Création d'une charte comptable unique pour l'organisation.
- Regroupement des comptes à payer dans l'installation de La Mitis.
- Poursuite des travaux concernant le regroupement du Service de la paie et harmonisation de plusieurs processus.
- Uniformisation des méthodologies de travail interne dans le cycle de production de la paie.
- Actualisation de procédures internes au niveau du Service de la paie et élaboration d'outils de gestion.
- Mise en place d'un outil de communication administratif « Octopaie » permettant une gestion des demandes par priorité et en les documentant.
- Mise en place d'une structure optimale et efficace permettant une gestion à distance de l'équipe du service de la paie.
- Études et analyses de performance des services des différentes installations.
- Mise en place de comités administratifs et de comités médicaux dans le but de suivre la situation financière des installations et d'identifier des solutions aux situations rencontrées.
- Analyses et suivis rigoureux de la situation financière de l'établissement.
- Participation aux différents travaux effectués pour améliorer la performance des services notamment dans les secteurs du bloc opératoire, des laboratoires, de l'imagerie médicale, des transports, de la radio-oncologie et autres.
- Analyse des comparables d'autres établissements de la province afin d'identifier des pistes d'amélioration de performance et de faire avancer les différents travaux d'amélioration de performance en cours dans l'organisation.

- Suivi et redditions de comptes demandés auprès des instances concernées.
- Création d'un poste de conseillère cadre à la gestion des règles contractuelles.
- Nomination du responsable de l'observation des règles contractuelles (RORC), dont les mandats sont de veiller à l'application des règles prévues par la Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP), ses règlements, ses politiques et ses directives, de conseiller le dirigeant sur l'application du cadre normatif en gestion contractuelle, de veiller à l'intégrité des processus internes et de s'assurer de la qualité du personnel qui exerce les activités de gestion contractuelle.
- Analyses de situations portées à l'attention du RORC qui présentaient des déficiences ou qui étaient en contravention d'une loi, d'une directive, d'un règlement ou d'une politique en lien avec la gestion contractuelle.
- Analyses et réponses aux différentes demandes d'opinions soumises au RORC par différents intervenants en gestion contractuelle de l'établissement avant d'aller de l'avant dans des dossiers particuliers.
- Communications et recommandations au dirigeant de l'organisme de certains avis en matière de gestion contractuelle.
- Élaboration d'une directive « Lignes internes de conduite concernant la gestion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction », exigée par le Conseil du Trésor.
- Collaboration avec la Direction de la logistique pour la rédaction de la Politique d'approvisionnement et de la gestion contractuelle.

5 Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité



5 Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Reddition de comptes au 15 juin 2016

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET LES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2015-2016 du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- présentent les engagements et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2015-2016

Signé à Rimouski, le 15 juin 2016

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2015-2016			
Section 1	**Mise en œuvre de la loi**		
PRIORITÉ		LIVRABLE ATTENDU	ÉTAT D'AVANCEMENT
1.1 Procédures internes du conseil d'administration		Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs		Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP)-(CM)-(CII)	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
1.3 Examen des plaintes		Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
1.4 Accès à l'information		Nommer un responsable de l'accès à l'information	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et des services sociaux		Liste des activités réalisées au cours de l'année	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes		Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens		Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des pharmaciens	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise		ANNULÉ	○ Réalisé ○ En cours de réalisation ● Pas concerné
1.9 Assurance de la responsabilité civile		Preuve d'assurance de la responsabilité civile	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés		Lettre de confirmation de réalisation	○ Réalisé ○ En cours de réalisation ● Pas concerné
COMMENTAIRES : Tous les livrables portant sur la mise en œuvre de la loi 10 ont été fournis tel que requis.			
NOM DU RESPONSABLE : Pierre-Paul Malenfant		DATE : 23 mai 2016	

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2015-2016			
Section 2	**Santé publique**		
PRIORITÉ		LIVRABLE ATTENDU	ÉTAT D'AVANCEMENT
2.1 Priorités régionales en matière de prévention		Bilans qualitatifs	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné

COMMENTAIRES :
Globalement, la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent consacre 12,8 ETC en ressources pour les saines habitudes de vie.

L'apport des agents de promotion et prévention en saines habitudes de vie (APP-SHV) et des organisateurs communautaires, au plan local, constitue un levier important et un complément essentiel aux ressources régionales. L'affectation des ressources pour chacune des activités dépend des expertises et de la répartition régionale des effectifs :

- Agents de promotion et de prévention en saines habitudes de vie : ..... 8,0, ETC
- Agents de planification, promotion et recherche : ..... 2,6, ETC
  (saine alimentation, mode de vie physiquement actif, tabac, sécurité alimentaire)
- Organisateurs communautaires : ..... 2,2, ETC

Des intervenants d'autres directions du CISSS du Bas-Saint-Laurent, comme les nutritionnistes, les kinésiologues, les infirmières scolaires et les intervenants des CAT qui sont affectés à d'autres programmes, contribuent également aux activités de prévention et de promotion en santé publique. Notre mécanisme de concertation intersectorielle « Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé » (COSMOSS) favorise le déploiement des saines habitudes de vie. En ce sens, beaucoup d'actions préventives se déploient par ce partenariat élargi.

NOM DU RESPONSABLE : Dr Sylvain Leduc	DATE : 27 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2015-2016			
Section 3	**Services sociaux**		
PRIORITÉ		LIVRABLE ATTENDU	ÉTAT D'AVANCEMENT
3.1 Offre de services sociaux généraux		État de situation	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille		Validation des grilles ANNULÉ	○ Réalisé ○ En cours de réalisation ● Pas concerné
3.3 Personnes ayant une déficience – Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité		Outil de suivi d'implantation complété	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience – Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme		Ententes de collaboration signées avec les autres établissements, le cas échéant	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
3.5 Services sociaux – Dépendance		Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la Table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
3.6 Services sociaux – Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus		État de situation	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
3.7 Personnes aînées – L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public		État de situation	○ Réalisé ● En cours de réalisation ○ Pas concerné
3.8 Personnes aînées – Le respect des balises à l'admission en CHSLD		État de situation	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
3.9 Personnes aînées – Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les appuis régionaux		État de situation	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné

COMMENTAIRES :

3.1 Offre de services sociaux généraux (Info-Social)

Étapes franchies :

- Service de base déployé et fonctionnel 24 heures;
- Processus d'encadrement professionnel;
- Personnel formé et en nombre suffisant pour assurer la réponse;
- Démarches en cours avec plusieurs partenaires pour formaliser des ententes;
- Croissance constante du nombre d'appels;
- Travaux régionaux amorcés, depuis janvier 2016, pour la création d'un guichet unique régional impliquant Info-Social.

Étapes à venir :

- Mettre en place des stratégies pour accroître le taux de réponse pour l'atteinte des cibles attendues (90 %);
- Consolider et formaliser des ententes de services avec les partenaires;
- Déployer le volet élargi d'Info-Social par le projet régional de mise en place d'un guichet d'accès unique;
- Assurer la promotion du 8-1-1 auprès de la population et de l'ensemble des partenaires et organismes communautaires qui auront un effet substantiel sur la performance du service.

3.3 Personnes ayant une déficience – Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité

En cours d'année 2015-2016, nous avons maintenu les mécanismes d'accueil, d'évaluation et d'orientation existant auparavant dans les CSSS ainsi qu'au CRDP et au CRDITED tout en travaillant sur le regroupement de ceux-ci planifié pour l'année 2016-2017. Toutefois, à partir de janvier 2016, un seul gestionnaire d'accès assumait les responsabilités inhérentes au suivi des standards d'accès et de continuité au lieu de dix, permettant ainsi de cibler des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques pour l'ensemble de notre région.

Nous avons donc complété l'outil de suivi du plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) à partir de la pratique actuelle qui diffère souvent d'une MRC à l'autre, influant ainsi sur les résultats, considérant que l'ensemble des critères d'un énoncé doit être actualisé sur tout le territoire pour obtenir un résultat positif. Par ailleurs, il importe de préciser que plusieurs bonnes pratiques sont en place alors que des mécanismes de suivi et de contrôle sont à bonifier afin de nous assurer de leur actualisation.

Le PTAAC est un outil fort pertinent pour la Direction des programmes DITSADP du CISSS du Bas-Saint-Laurent considérant qu'il permet une mesure initiale de l'actualisation des standards d'accès et de continuité. Cet outil nous permettra de mesurer l'évolution des indicateurs de résultats en cours et suite à l'harmonisation de nos processus :

- Les standards d'accès sont implantés à 11,51 %;
- Les standards de continuité sont implantés à 11,68 %.
- Les mécanismes sont implantés à 15,77 %.

Ainsi, le PTAAC est actuellement implanté à 38,96 % au sein du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Nous considérons que l'harmonisation, la formalisation et le suivi des composantes du plan d'accès, bien que nécessitant la révision de nos processus, pourra s'inspirer de ce qui se fait déjà avec succès dans certains secteurs de notre région. Un plan de travail rigoureux sera élaboré et actualisé dans la prochaine année.

3.4 Personnes ayant une déficience – Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme

La Direction des programmes DI-TSA-DP du CISSS du Bas-Saint-Laurent a répertorié 29 ententes de collaboration actuellement en vigueur établies avec des partenaires communautaires de la région ou encore avec des partenaires d'autres régions. Elles concernent, entre autres, certains services spécialisés tels que l'orthopédie pédiatrique, la traumatologie et les victimes de brûlures graves ou encore les logements adaptés, le répit et l'intégration sociale.

3.5 Services sociaux – Dépendance

En 2015-2016, la Direction des programmes santé mentale et dépendance a participé à chacune des rencontres de la Table nationale de coordination en santé mentale et dépendance. Les suivis exigés ont tous été effectués selon les délais impartis. Notons par exemple : la rédaction du Plan de mise en œuvre régional du plan d'action en santé mentale, le suivi de l'entente relative au programme de financement des ressources certifiées en dépendance, l'inscription à des formations nationales et le transfert de travailleurs sociaux en GMF.

COMMENTAIRES (suite) :

3.6 Services sociaux – Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus

Déployé dans la région dans le cadre de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA), le repérage à l'urgence des personnes de plus de 75 ans est implanté dans toutes les urgences des CH de la région. Alors que certaines installations ont aussi déployé l'outil dans les cliniques de vaccination, il est également prévu déployer le repérage dans les résidences privées pour aînés (RPA) de la région.

Le repérage est essentiel afin de prévenir la détérioration fonctionnelle de la personne âgée. Il permet à l'usager, lorsqu'identifié, l'accessibilité à une analyse sommaire de ses besoins par un professionnel habilité à le faire (AAOR) et une référence rapide vers le bon professionnel pour une évaluation complémentaire au besoin.

Les personnes repérées sont orientées vers le service d'accueil du Soutien à domicile (SAD), qui possède les balises pour intervenir adéquatement. Il est prévu raffiner davantage le processus de repérage et de référence à l'accueil afin de s'assurer que les personnes référées rencontrent effectivement les critères de référence et de prise en charge par le service SAD (éviter les « faux positifs » ainsi que la référence des personnes qui reçoivent déjà des services). Il faudra également s'assurer que les références se fassent la journée même du repérage à l'urgence.

Étapes à venir :

- Établir une procédure uniforme pour la gestion des repérages positifs;
- Identifier des indicateurs à suivre afin d'évaluer l'implantation de la procédure;
- Déployer le repérage au niveau des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et autres du territoire;
- Intégrer les standards de pratique pour répondre au repérage positif au niveau de l'accueil SAD du CISSS;
- Harmoniser les processus d'un territoire à l'autre.

3.7 Personnes aînées – L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public

Dans les treize CHSLD de la région, nous avons 92 % de personnes hébergées, dont l'évaluation des besoins est à jour. Dans cinq installations, 100 % des évaluations sont à jour.

Par ailleurs, 88 % des usagers en CHSLD ont un plan d'intervention (PI) à jour.

L'absence d'évaluation (8 %) ou de plan d'intervention (12 %) chez certains usagers s'explique par :

- Le fait que certains intervenants-pivots ne sont pas encore formés en RSIPA;
- La présence d'usagers en hébergement temporaire ou transitoire;
- Des usagers nouvellement admis, qui sont évalués 4 à 6 semaines après leur admission;
- Certaines installations ont délégué la mise à jour des évaluations à un seul intervenant au lieu de la faire porter par l'équipe interdisciplinaire.

Afin d'améliorer la situation, il est prévu d'offrir de la formation RSIPA à tous les intervenants, d'assurer un suivi plus étroit de la situation avec les équipes interdisciplinaires et d'amorcer un virage numérique pour la compilation des outils d'évaluation.

COMMENTAIRES (suite) :

3.8 Personnes aînées – Le respect des balises à l'admission en CHSLD

Au Bas-Saint-Laurent, 94 % des usagers admis en CHSLD ont un profil Iso-SMAF égal ou supérieur à 10, ce qui respecte la cible de 85 %, et ce, dans toutes les installations du type CHSLD de la région. L'atteinte de la cible a été réalisée à l'aide d'un cadre de référence régional portant sur les mécanismes d'accès à l'hébergement rédigé en 2011. Le respect des balises est effectué grâce à un suivi de la part des gestionnaires qui s'assurent qu'aucun usager ayant un profil inférieur à 10 ne soit accepté en CHSLD sans l'approbation d'un comité de vigie local ou régional selon la complexité de la situation.

Le soutien du SAD et le développement d'ententes avec la communauté pour la croissance du milieu de vie répondant aux besoins de cette clientèle permettent d'offrir d'autres solutions à l'hébergement. Une attention particulière est apportée à la qualité de l'évaluation de l'usager ainsi qu'à la recherche de solutions dites non traditionnelles.

Le travail clinique étant complété en amont, le Comité d'orientation et accueil (COA), concernant les demandes d'hébergement, adopte un rôle administratif plutôt que clinique.

Afin de maintenir l'atteinte de la cible de 85 %, nous comptons poursuivre le travail de vigie de la part des gestionnaires en maintenant une vigie locale et régionale au niveau de la qualité des évaluations et de l'identification de milieux de vie adaptés aux besoins des usagers présentant un profil inférieur à 10.

Par ailleurs, nous prévoyons établir des ententes avec le secteur de la déficience (DI-DP-TSA) afin d'offrir des milieux de vie appropriés pour les usagers adultes ayant des profils supérieurs à 10.

3.9 Personnes aînées – Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les appuis régionaux

Implanté dans la région depuis 2010, L'Appui Bas-Saint-Laurent poursuit ses activités de concertation et de mobilisation dédiées à l'amélioration de la qualité de vie des personnes proches aidantes d'aînés en perte d'autonomie vivant à domicile.

En plus de siéger au CA de l'organisme, le CISSS du Bas-Saint-Laurent participe au comité de validation de devis, d'analyse et de suivi des projets. Ce dernier s'occupe du soutien financier accordé aux projets. Ainsi, 46 projets répartis dans chacun des huit territoires de MRC de la région ont été acceptés pour un total de plus de 1,8 M$. Les projets concernent les volets suivants :

- Information;
- Formation;
- Soutien psychosocial;
- Répit.

Soulignons, entre autres, la mise en place d'une ligne téléphonique régionale 24/7 (Service Info-aidant), dédiée spécifiquement aux proches aidants, qui met à contribution l'expertise du service Info-Social (8 1 1). Pour l'avenir, il est prévu documenter statistiquement l'utilisation de ce service, mettre en place une campagne de promotion et s'assurer que les nouveaux intervenants aient la formation requise.

NOM DU RESPONSABLE : Cathy Bérubé, Martine Murray et Frédéric Gagnon	DATE : 31 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2015-2016		
Section 4	**Services de santé et médecines universitaires**	
PRIORITÉ	LIVRABLE ATTENDU	ÉTAT D'AVANCEMENT
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	○ Réalisé ○ En cours de réalisation ● Pas concerné
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire GESTRED	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettre de confirmation	○ Réalisé ● En cours de réalisation ○ Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
4.6 Continuum de services en cardiologie	ANNULÉ	○ Réalisé ○ En cours de réalisation ● Pas concerné
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné

COMMENTAIRES :

4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale

En 2015-2016, le Bas-Saint-Laurent atteint le nombre requis de places disponibles en soutien d'intensité variable (SIV) et en soutien intensif dans le milieu (SIM), soit 266 places SIV et 187 places SIM disponibles.

En mai 2015, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a réalisé des visites d'appréciation de la qualité, des pratiques cliniques et de l'organisation du travail dans l'ensemble des installations. Sur dix équipes réparties sur l'ensemble du territoire, neuf équipes offrent des places reconnues par le CNESM. La direction poursuit ses efforts d'amélioration pour implanter les meilleures pratiques et consolider les acquis.

En ce qui a trait à l'accès aux services de santé mentale, on observe une nette diminution des listes d'attente en 2e ligne entre les périodes 7 et 13, tant en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte.

	PÉRIODE 7	PÉRIODE 13
Pédopsychiatrie	71 jeunes en attente de plus de 30 jours	30 jeunes en attente de plus de 30 jours
Psychiatrie	230 adultes en attente de plus de 30 jours	68 adultes en attente de plus de 30 jours

Par contre, en première ligne, l'état des listes d'attente ne s'améliore pas. En 2016-2017, la diminution des listes d'attente fera l'objet de travaux soutenus.

	PÉRIODE 7	PÉRIODE 13
1re ligne jeunesse santé mentale	81 jeunes en attente de plus de 30 jours	117 jeunes en attente de plus de 30 jours
1re ligne adulte santé mentale	277 adultes en attente de plus de 30 jours	319 adultes en attente de plus de 30 jours

4.3 Accès aux services de première ligne

Attente réalisée à 90 % : Au cours de l'année 2015-2016, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a assuré un suivi étroit relativement à l'implantation du nouveau cadre de gestion des GMF. Ainsi, nos 10 GMF (objectif à atteindre de 11 GMF) ont déposé pour le 15 mars 2016 leurs nouvelles demandes d'accréditation et celles-ci ont été acceptées par le MSSS. Ces GMF respectent les exigences et attentes du nouveau cadre de gestion. Également, nous avons accompagné un groupe de médecins de Rimouski dans leur volonté de déposer une demande d'accréditation pour devenir un GMF. Cette demande a reçu une recommandation favorable du DRMG du Bas-Saint-Laurent en mars 2016 et la demande d'accréditation sera officiellement déposée incessamment au MSSS. Enfin, nous soutenons actuellement l'UMF de Rimouski dans sa transformation qui doit l'amener, au 1er janvier 2017, à devenir un GMF-U.

4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC

Sous le leadership de la Direction des services professionnels, le CISSS du Bas-Saint-Laurent se mobilise pour offrir des services de qualité et continus aux personnes de son territoire ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC). Partout sur son territoire, la prise en charge de la phase hyperaiguë est complétée. Le service de téléthrombolyse est présent dans les principaux hôpitaux de la région, soit Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette, Témiscouata, Kamouraska, Matane et La Matapédia. Les deux autres installations ont un arrimage approprié (Les Basques et La Mitis). Au cours des derniers mois, des travaux se sont faits pour qu'une autre intervention vienne bonifier l'offre de service avec le déploiement de la thrombectomie bientôt accessible pour quatre des six installations du BSL.

La présence d'une unité d'AVC est un élément central de la phase aigüe puisque la supériorité de celle-ci a été démontrée dans de multiples études et est recommandée dans les guides de pratique clinique. Nous sommes donc à organiser les ressources actuelles afin de rendre accessible une unité vasculaire à l'intérieur d'un continuum de service intégré. Par la suite, un accent sera mis sur la standardisation des pratiques optimales reconnues et au développement de l'expertise des équipes. Finalement, les travaux aboutiront à améliorer la fluidité et la continuité des suivis et traitements entre l'unité de soins aigus et la réadaptation de 2e ligne.

Le CISSS comptera bientôt sur un comité de coordination du continuum de services AVC pour compléter les travaux autour des différentes phases de l'AVC.

COMMENTAIRES (suite) :

4.5 Soins palliatifs de fin de vie

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a élaboré une politique relative aux soins de fin de vie, qui tient compte des orientations ministérielles et des principaux éléments de la loi, notamment au regard des soins palliatifs, des directives médicales anticipées et l'aide médicale à mourir. Cette politique a été adoptée par le conseil d'administration et les différentes instances cliniques, soit le CMDP, le CII et le CM. Les procédures et les protocoles cliniques liés à l'aide médicale à mourir et à la sédation palliative continue sont également mis en place.

De plus, des addendas ont été élaborés pour les différents codes d'éthique en vigueur dans le CISSS du Bas-Saint-Laurent et ceux-ci sont conformes aux demandes.

La formation a été donnée les 17, 19, 24 et 26 novembre 2015, selon ce qui a été proposé par le MSSS. Plus de 500 personnes ont été formées à ce jour. Des journées de formation additionnelles ont été données par le CISSS aux différents professionnels impliqués dans le processus. Pour ce qui est de la formation des préposés aux bénéficiaires oeuvrant en CHSLD, celle-ci a été reportée à l'automne 2016.

Les addendas ont également été signés avec les deux maisons de soins palliatifs du territoire.

En ce qui concerne la mise en place d'un programme clinique en soins de fin de vie, nous tenons à préciser que les travaux sont toujours en cours et devraient être complétés d'ici la fin juin, comme demandé. La mise en place de ce programme nous amène à revoir l'offre de service sur l'ensemble du territoire bas-laurentien et un travail de fond s'avère nécessaire pour harmoniser l'ensemble des soins et services offerts à la population.

Afin de chapeauter l'ensemble de ces travaux, nous tenons à mentionner qu'une gouverne clinique a été mise en place pour soutenir l'ensemble des travaux demandés par la loi.

4.7 Douleur chronique (suivi)

Plan d'action déposé en décembre 2015 et en application.

NOM DU RESPONSABLE : Dr Jean-Christophe Carvalho, Brigitte Fraser et Frédéric Gagnon	DATE : 20 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2015-2016		
Section 5	**Finances, immobilisations et budget**	
PRIORITÉ	LIVRABLE ATTENDU	ÉTAT D'AVANCEMENT
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire GESTRED	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
COMMENTAIRES : Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a rempli le formulaire GESTRED pour chacune des installations se trouvant sous sa responsabilité. Plus concrètement, il a poursuivi la mise en œuvre des plans d'action élaborés par les anciens établissements pour les phases 1 et 2, incluant la réalisation d'actions prioritaires répondant aux critères de performance des groupes A et B identifiés dans le plan de travail du MSSS. Enfin, dans le cadre de l'élaboration de son plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI 2015-2016) et de son plan de conservation des équipements médicaux (PCEM 2015-2016), le CISSS s'est assuré de mettre en relief les projets comportant une composante SQEEP. Globalement, le CISSS estime avoir atteint les cibles identifiées à son plan d'action à 55 %. L'horizon prévisible pour l'atteinte de 100 % des cibles identifiées à 100 % se situe à environ 2026.		
NOM DU RESPONSABLE : Martin Legault	DATE : 24 mai 2016	

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2015-2016		
Section 6	**Coordination**	
PRIORITÉ	LIVRABLE ATTENDU	ÉTAT D'AVANCEMENT
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Validation du formulaire GESTRED	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1. Plan de travail	○ Réalisé ○ En cours de réalisation ● Pas concerné
	2. Bilan des activités	○ Réalisé ○ En cours de réalisation ● Pas concerné
COMMENTAIRES : **6.1 Politique ministérielle de sécurité civile** Le formulaire 908 a été complété tel que requis. Ainsi, un gestionnaire assume la coordination régionale de la sécurité civile et des mesures d'urgence. Afin de maintenir notre capacité d'intervention en cas de sinistre, nous pouvons compter sur la présence de comités locaux de sécurité civile dans chacun des territoires de MRC de la région. Ces comités, qui ont tous tenu des réunions au cours de la dernière année, sont composés de responsables de volets pouvant se déployer à tout moment. Les membres de ces comités ont tous reçu une formation de base sur les rôles et responsabilités en sécurité civile. Nous avons maintenu nos liens avec les différents partenaires (MSSS, Direction régionale de sécurité civile, responsables des MRC, etc.). Le processus de mise en place de l'équipe régionale de sécurité civile se poursuit, dont l'embauche d'un technicien en prévention des incendies, qui entrera en fonction au cours des prochaines semaines. Le système de garde 24/7 a fait l'objet d'un processus d'optimisation et devrait permettre, au cours de la prochaine année, de se doter d'une valise de garde régionalisée. Le plan de travail 2016-2017 s'inscrit dans la foulée des travaux de la Coordination ministérielle en sécurité civile du MSSS.		
NOM DU RESPONSABLE : Pierre-Paul Malenfant	DATE : 24 mai 2016	

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2015-2016		
Section 7	**Planification, performance et qualité**	
PRIORITÉ	LIVRABLE ATTENDU	ÉTAT D'AVANCEMENT
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance (RTS/RTS)	ANNULÉ	○ Réalisé ○ En cours de réalisation ● Pas concerné

COMMENTAIRES :

7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

L'établissement a-t-il assuré un suivi étroit auprès des instances sous sa responsabilité pour garantir une déclaration complète et continue des accidents/incidents ?

- Un suivi étroit a été assuré par l'établissement. Une vérification des registres locaux de chacune des installations est effectuée périodiquement. Un rappel est fait, au besoin, aux agentes de saisie et aux gestionnaires.

L'établissement a-t-il offert un accompagnement personnalisé aux instances sous sa responsabilité en défaut pour identifier des solutions durables ?

- Oui, trois conseillères cadres en gestion des risques sont disponibles pour la région. Ces dernières ont effectué des rencontres individuelles et de groupe avec les gestionnaires des différentes directions. Une évaluation des heures de travail des agentes de saisie a également été réalisée.

L'établissement a-t-il favorisé l'implantation du plan d'action ministériel découlant des recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication?

- Oui, une rencontre a été tenue avec la Direction des soins infirmiers (directrice et adjointe) et le chef du département régional de la pharmacie et le suivi des objectifs du plan d'action est assuré par la DQEP.

NOM DU RESPONSABLE : Brigitte Lavoie	DATE : 24 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2015-2016		
Section 8	**Technologies de l'information**	
PRIORITÉ	LIVRABLE ATTENDU	ÉTAT D'AVANCEMENT
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	○ Réalisé ● En cours de réalisation ○ Pas concerné
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	○ Réalisé ● En cours de réalisation ○ Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1. Nom du responsable DMÉ	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
	2. Plan de soutien	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
8.4 Rehaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1. Planification triennale des des projets et activités en RI	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
	2. Programmation annuelle des projets et activités en RI	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
	3. Bilan annuel des réalisations en RI	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
	4. État de santé des projets	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1. État des lieux	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
	2. Plan d'action pour le regroupement des RI	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	● Réalisé ○ En cours de réalisation ○ Pas concerné

COMMENTAIRES :

8.1 Dossier santé du Québec (DSQ)

Laboratoires : Au 31 mars 2016, cinq laboratoires sur huit, représentant plus de 90 % des résultats, alimentaient le DSQ. L'objectif de 100 % des laboratoires est atteint depuis le 26 mai 2016.

Imagerie : L'archivage et la publication des examens au DSQ avancent au rythme édicté par l'équipe du DSQ. Les CH du Grand-Portage, de La Pocatière et de Notre-Dame-du-Lac sont actuellement branchés. L'ensemble des autres sera branché d'ici juillet et la publication dans le DSQ de l'ensemble des sites du CISSS débutera le 8 juillet 2016.

8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)

Comme demandé, le plan de mise en place d'un DCI a été déposé le 30 septembre 2015 dans le gabarit prévu. Cependant, avec l'annonce du choix de Cristal-Net comme DCI unique au Québec en décembre 2015, ce plan doit être adapté au fur et à mesure de la précision des orientations ministérielles.

NOM DU RESPONSABLE : Benoit Desbiens, DRI	DATE : 24 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020

Axe d'intervention : Sécurité et pertinence

Objectif de résultats : 8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	83,3 %	90 %	100 %
1.01.19.02-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	90 %	83,3 %

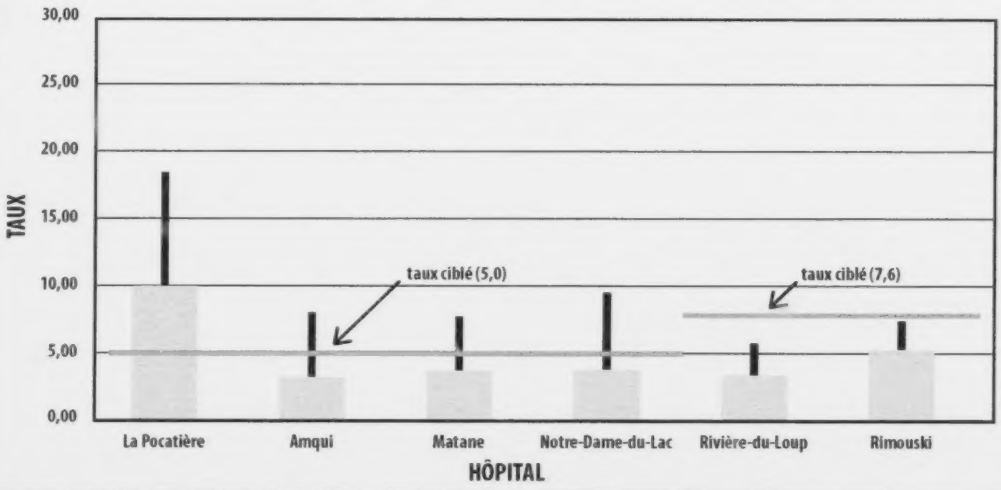
COMMENTAIRES :

1.01.19.01-PS Diarrhées associées à Clostridium difficile (DACD)

Les taux cibles des diarrhées associées à Clostridium difficile (DACD) en 2016-2017 sont basés sur le seuil inférieur de l'intervalle de confiance à 95 % des résultats des 95 installations participant au programme de surveillance pour les trois dernières années. Les installations sont catégorisées selon la mission (universitaire ou non), la taille d'installation (nombre de lits) et l'âge de la clientèle (proportion de personnes âgées de 65 ans et plus).

* Résultats en date du 31 mars 2015
** Résultats en date du 9 mai 2016

Figure 1. Taux d'incidence (cas/10 000 j.p.) observés et ciblés des diarrhées associées au *C. difficile* d'origine nosocomiale dans les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en 2015-2016



P.65 Source taux observés et cibles : Info centre INSPQ, Indicateurs de la planification stratégique 2015-2020, 30 mai 2016.

P. 66 Source taux observés et cibles : Info centre INSPQ, Indicateurs de la planification stratégique 2015-2020, 30 mai 2016.

Toutes les installations (6) offrant des soins de courte durée du CISSS du Bas-Saint-Laurent participent au suivi des indicateurs (figure 2). L'Hôpital régional de Rimouski et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage font partie de la catégorie « non universitaire de 110 lits et plus ayant une clientèle âgée de 65 ans et plus inférieure à 45 % » dont le taux cible est de 7,6 cas par 10 000 jours-présence.

Leurs taux sont respectivement de 5,4 et de 3,3 cas par 10 000 jours-présence, respectant ainsi le taux cible en 2015-2016. Les quatre autres hôpitaux font partie de la catégorie « non universitaire de moins de 110 lits » dont le taux cible (seuil supérieur de l'intervalle de confiance) est de 5,0 cas par 10 000 jours-présence. Les taux de ces petits hôpitaux respectent la cible, soit Matane (3,8), Amqui (3,3) et Notre Dame du Lac (3,9) et La Pocatière (10,3).

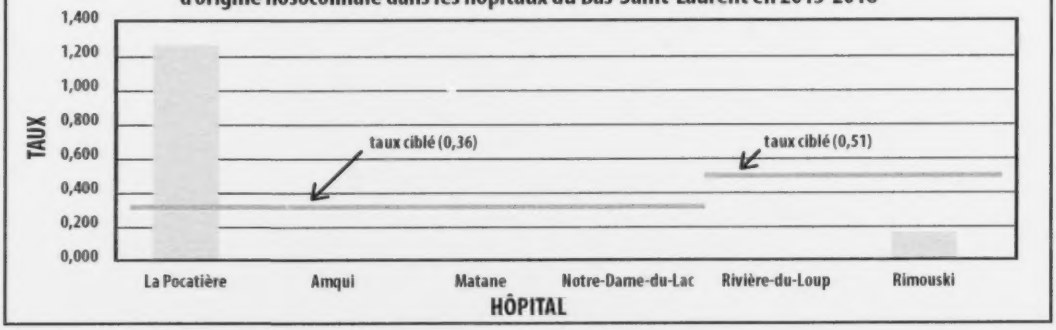
L'hôpital de La Pocatière affiche un taux élevé résultant d'une éclosion. Différentes mesures de prévention supplémentaires permettront de réduire l'incidence des DACD à l'hôpital de La Pocatière :

- Application des recommandations du Guide de réponse à une éclosion de diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD) en milieu hospitalier de l'INSPQ;
- Surveillance quotidienne des antibiotiques par le service de pharmacie;
- Réalisation d'audits par le service d'hygiène et salubrité et correctifs apportés, si nécessaire;
- Réalisation d'audits sur le respect des mesures de protection de contact + et rétroaction immédiate auprès du personnel;
- Mise en place d'un outil de travail pour le personnel infirmier : « Liste de vérification – précautions additionnelles de contact + » rappelant les interventions à être effectuées lorsqu'un usager est admis pour suspicion ou confirmé DACD;
- Formation sur l'usage optimal des antibiotiques donnée aux médecins par un médecin microbiologiste-infectiologue;
- Reprise de la formation basée sur le Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés;
- Mise en place du suivi posthospitalisation (par le soutien à domicile) des usagers affectés par une DACD.

1.01.19.02-PS Bactériémies à SARM (BACC-SARM)

Les taux cibles des bactériémies à SARM (BACC-SARM) en 2016-2017 sont basés sur le 90e percentile des résultats des 89 installations participantes au programme de surveillance pour les deux dernières années. Les installations sont catégorisées selon la mission (universitaire ou non) et la taille d'installation (nombre de lits).

Figure 2. Taux d'incidence (cas/10 000 j.p.) observés et ciblés des bactériémies à SARM d'origine nosocomiale dans les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en 2015-2016



Toutes les installations (6) offrant des soins de courte durée du CISSS du Bas-Saint-Laurent participent au suivi des indicateurs (figure 1). L'Hôpital régional de Rimouski et le Centre régional hospitalier du Grand-Portage font partie de la catégorie « non universitaire ayant 110 lits et plus » dont le taux cible est de 0,51 cas par 10 000 jours-présence. Leurs taux sont respectivement de 0,18 et de 0 cas par 10 000 jours-présence, respectant ainsi le taux cible en 2015-2016. Les hôpitaux de Matane, Amqui, La Pocatière et Notre-Dame-du-Lac font partie de la catégorie « non universitaire ayant 110 lits et plus » dont le taux cible est de 0,36 cas par 10 000 jours-présence. Une seule bactériémie à SARM a été observée dans ces hôpitaux, soit à l'hôpital de La Pocatière. Son taux observé est de 1,28 cas par 10 000 jours-présence, dépassant ainsi le taux cible en 2015-2016. Cet événement rare à l'hôpital de La Pocatière a entrainé la révision de pratiques de soins et le risque de survenue d'une autre bactériémie est faible.

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Daniel Bolduc (DSPu) et Danielle Savard (DSI-A) DATE : 19 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020			
Axe d'intervention :	Prévention des infections		
Objectif de résultats :	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)		
Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	NA	513	926

COMMENTAIRES :
Le nombre d'activités de dépistage réalisées dépasse largement l'engagement pris en 2015-2016. Huit cliniques ITSS publiques donnent accès aux services de prévention des ITSS au Bas-Saint-Laurent, une dans chacune des 8 MRC de la région.

Les jeunes sont également rejoints dans les écoles secondaires, où les infirmières scolaires réalisent des activités de dépistage individuelles et de masse. Ces activités ne sont toutefois pas comptabilisées dans l'indicateur 1.01.24-PS.

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Catherine Martin DATE : 18 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020			
Axe d'intervention :	Première ligne et urgence		
Objectif de résultats :	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne		
Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.09.25-PS Nombre total de GMF	10	11	10
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	78,2 %	77 %	83,7 %

COMMENTAIRES :

1.09.25-PS Nombre total de GMF

L'année 2015-2016 a connu une période de transition en regard des GMF. Ainsi, pour une majeure partie de l'année, aucune demande d'accréditation pour de nouveaux GMF ne pouvait se faire tant que le nouveau programme ministériel venant encadrer les GMF n'entrait pas en vigueur. Cette contrainte nous a empêchés d'atteindre l'objectif de 11 GMF, comme souhaité en début d'année. Cependant, l'entrée en vigueur, le 16 novembre 2015, du nouveau Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF nous a permis de relancer et de parfaire les démarches déjà débutées afin d'ajouter deux GMF potentiels au Bas-Saint-Laurent (Clinique Arthur-Buies et l'UMF de Rimouski). En ce qui concerne la Clinique Arthur-Buies, le DRMG a entériné la demande d'adhésion (Niveau 1) en mars 2016 et le dépôt officiel de celle-ci auprès du Ministère devrait se faire cet été. Pour sa part, l'UMF de Rimouski poursuit ses travaux afin d'atteindre les 6 000 inscriptions pondérées, soit le minimum requis afin de pouvoir adhérer au nouveau Programme GMF. L'objectif visé est de déposer la demande d'adhésion officielle de ce futur GMF-U à l'automne 2016. Enfin, soulignons que l'ensemble des GMF du Bas-Saint-Laurent (10) a dû faire une nouvelle demande d'adhésion au nouveau Programme GMF avant le 15 mars 2016. Tous les GMF ont adhéré au Programme GMF et le Ministère a reconnu leur adhésion respective.

1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille

En ce qui concerne le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, la mobilisation médicale ainsi que le contexte du projet de loi 20 ont fait en sorte qu'on enregistre une amélioration significative au Bas-Saint-Laurent en ce domaine. L'objectif demandé par le MSSS d'atteindre 85 % est presque atteint.

* Résultats en date du 31 mars 2015
** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Dominique Perron DATE : 11 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020			
Axe d'intervention : Première ligne et urgence			
Objectif de résultats : 5. Réduire le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	8 h	11 h	7,79 h
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	70,1 %	70,1 %	69,0 %
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	74,5 %	74,5 %	74,8 %
COMMENTAIRES : La durée moyenne de séjour sur civière des urgences du CISSS du Bas-Saint-Laurent s'est légèrement améliorée et se démarque très positivement par rapport à celle observée dans l'ensemble du Québec (7,7 h comparativement à 15,5 h). Les résultats relativement aux indicateurs pour la clientèle ambulatoire consultant à l'urgence sont demeurés les mêmes que l'année dernière. Cependant, les services d'urgence sont à se mobiliser pour améliorer la situation pour la clientèle qui consulte sans nécessiter d'hospitalisation. Des discussions sont en cours en vue de réorienter la clientèle ayant consulté pour des urgences mineures vers les GMF du territoire. * Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016			
ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent			
PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Jean-Philippe Legault		DATE : 24 mai 2016	

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020

Axe d'intervention : Services spécialisés

Objectif de résultats : 6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an - ensemble des chirurgies	36	0	20
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	0
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	1	0	0
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	4	0	0
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	11	0	10
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	10	0	8
1.09.32.06-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	10	0	2

COMMENTAIRES :

Sur les 12 310 chirurgies qui ont été réalisées cette année, 95 % des chirurgies l'ont été à l'intérieur des délais ciblés, avec un délai moyen d'attente pour une chirurgie de 9 semaines. De plus, nous enregistrons des diminutions respectives de 33 % et 50 % pour les patients hors délais de 6 mois et 1 an. Plus précisément :

- 94,9 % des patients ont été opérés à l'intérieur de 6 mois;
- La durée moyenne d'attente pour une chirurgie est de 8,6 semaines;
- 18 patients disponibles en attente de plus d'un an pour une chirurgie;
- 8 des 18 patients disponibles ont une date prévue d'intervention.

Plusieurs actions régionales ont été posées pour améliorer la gestion active des listes d'attente :

- Standardisation du processus de gestion de l'accès;
- Harmonisation de la trajectoire de demande de service;
- Application des modalités de la circulaire de la gestion des non-disponibilités;
- Vigie des délais d'attente;
- Tableau de bord régional de la chirurgie élective (en attente et réalisée) acheminé aux gestionnaires de l'accès à la fin de chaque période;
- Justification des délais d'attente par les gestionnaires de l'accès avec le rapport SIMASS des chirurgies en attente pour chaque chirurgien;
- Suivi ponctuel auprès des installations et auprès des médecins concernés.

* Selon TBIG, résultats en date du : 31 mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Anne Saint-Pierre DATE : 24 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020			
Axe d'intervention : Services spécialisés			
Objectif de résultats : 6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables			
Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	50 %	90 %	NA
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	62,7 %	90 %	78,8 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	70 %	90 %	99,2 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	97,2 %	90 %	100 %
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	49,3 %	90 %	44,4 %
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	30,7 %	90 %	98,1 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	56,2 %	90 %	84,1 %
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	71,1 %	90 %	99,8 %
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	83,7 %	90 %	98,3 %

COMMENTAIRES :
Pour l'année financière 2015-2016, les secteurs de la scopie et de l'échographie cardiaque furent plus durement impactés.

Plus spécifiquement, les indicateurs touchant ces secteurs d'activités ont demandé des actions précises afin de nous permettre de rejoindre les cibles établies.

1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies.
En premier lieu, l'installation de Rivière-du-Loup a dû composer avec l'absence d'un médecin radiologiste lors des douze premières périodes de l'année, ce qui a impacté l'offre de service dans le secteur de la scopie. Il est important de noter que le service d'imagerie a transmis d'excellents résultats pour le dernier trimestre (93 %), en bénéficiant d'une équipe médicale complète. Une stabilité de l'offre de service est prévue pour 2016-2017.

En second lieu, l'installation de Matane doit composer avec une présence sporadique du médecin sur place, ce qui laisse peu de plages offertes pour la réalisation d'examens de ce type. Ils ont mis en place un plan d'action qui consiste en l'épuration des listes d'attente et en l'évaluation de la mise en place d'examens de substitution pour les lavements barytés, transits du grêle et transits gastriques. À noter que l'équipe procède tout de même à la réalisation d'examens supplémentaires lors des présences du médecin radiologiste sur les lieux.

À noter que la volumétrie de ces installations étant plus élevée, cela a eu un impact direct sur la performance du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques.
Bien que la cible ne soit pas atteinte, nous constatons que des efforts sont apportés par les équipes en place afin d'accroitre l'accès à la clientèle. Cependant, des embûches demeurent, telles que l'offre de service des médecins spécialistes et le partage des équipements entre le service d'imagerie et de cardiologie. La présence d'équipements partagés entre les services complexifie la gestion efficace de l'offre de service lors de la présence des médecins spécialistes. Il demeure que de belles pistes de solution émergent afin d'accroitre l'offre de service : mise en place d'une pratique autonome et mise en place de cliniques du souffle cardiaque.

D'un point de vue régional, les efforts considérables fournis par les équipes ont permis d'atteindre les cibles visées pour 2015-2016 pour la majorité des indicateurs. Cependant, un secteur particulier suscitera plus d'intérêt afin de permettre une offre de service stable et accrue. Donc, pour la période 2016-2017, les efforts porteront sur le secteur de l'échographie cardiaque ainsi que sur le maintien et la consolidation des autres secteurs.

Enfin, un travail considérable est en cours afin de nous permettre d'obtenir de meilleurs indicateurs de gestion. Ces travaux vont permettre une extraction plus reproductible et fiable dans le temps. Cependant, il est à noter que l'outil informatique en place dans sa version actuelle (Médivisit) ne répond pas aux besoins (gestion des non-disponibilités, gestion des refus) des services dans la gestion de l'accès. Des développements informatiques seront nécessaires pour nous permettre de répondre, de façon efficace, à notre mandat.

* Résultats en date du 31 mars 2015
** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Michel Simard DATE : 24 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020

Axe d'intervention : Services spécialisés

Objectif de résultats : 7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	66,5 %	90 %	68,3 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	92,8 %	100 %	93,7 %

COMMENTAIRES :

Pour l'année 2015-2016, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a traité par chirurgie oncologique 895 patients dont le délai d'attente moyen a été de 26 jours. Un total de 611 patients, soit 68,3 %, ont été opérés à l'intérieur de 28 jours, alors que 839 patients, soit 93,7 %, ont été traités à l'intérieur de 56 jours. Toutefois, 56 patients, soit 6,3 %, ont dû attendre plus de 56 jours.

La performance en matière de chirurgie oncologique pour l'année 2015-2016 est stable par rapport à celle de l'année 2014-2015. Les ajustements qui seront faits pour les indicateurs de chirurgie des points 1.09.32 seront faits en considérant et en priorisant la chirurgie oncologique de façon à répondre aux engagements à venir pour 2016-2017.

* Résultats en date du 31 mars 2015
** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Anne Saint-Pierre DATE : 24 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020

Axe d'intervention : Personnes âgées

Objectif de résultats : 10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	ND	5 064	5 125
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutienà domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	ND	90 %	56,7 %

COMMENTAIRES :

1.03.11 - PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)

Voici les données pour chacune des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent

	2015-2016	
MRC	P6	P13
Les Basques	298	318
Kamouraska	482	598
Mitis	605	617
Témiscouata	414	476
Matapédia	432	399
La Matanie	577	490
Rimouski	1 491	1 511
Rivière-du-Loup	708	716
TOTAL	**5 007**	**5 125**

	2014-2015
MRC	P13
Les Basques	301
Kamouraska	619
Mitis	622
Témiscouata	392
Matapédia	420
La Matanie	573
Rimouski	1 336
Rivière-du-Loup	760
TOTAL	**5 023**

1.03.12 - PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes services SAPA, DP et DI-TSA)

Comme le démontre le tableau suivant, nous constatons une amélioration de 16,6 % entre les données P1 P13 de 2014-2015 et 2015-2016. Mise en place d'un mécanisme de suivi pour s'assurer de la réalisation des évaluations et des plans d'intervention (ex. : par gestionnaires, coordonnateurs cliniques, spécialistes en activités cliniques…). Développement d'outils (ex. : pas-à-pas) pour soutenir les intervenants dans la démarche. Certains usagers admissibles aux fonds de soutien aux personnes handicapées ont actuellement des évaluations, mais parfois sans plan d'intervention.

	2015-2016	
MRC	P6	P13
Les Basques	83	163
Kamouraska	189	183
Mitis	201	184
Témiscouata	306	272
Matapédia	402	381
La Matanie	221	256
Rimouski	532	866
Rivière-du-Loup	642	602
TOTAL	**2 576**	**2 907**
POURCENTAGE	51,5 %	40,2 %

	2014-2015
MRC	P13
Les Basques	22
Kamouraska	201
Mitis	46
Témiscouata	206
Matapédia	311
La Matanie	238
Rimouski	607
Rivière-du-Loup	386
TOTAL	**2 017**
POURCENTAGE	40,2 %

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Paule Langlois et Catherine Delorme DATE : 12 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020

Axe d'intervention : Personnes âgées

Objectif de résultats : 11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	57 %	77,6 %
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	50 %	12,5 %	72,8 %

COMMENTAIRES :

1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée

Avec l'arrivée du CISSS, un nouveau directeur parrain du projet et des porteurs locaux ont été identifiés. Un plan d'action a été élaboré. De plus, un comité régional a été mis en place pour harmoniser les pratiques et assurer la pérennité dans les différentes installations. Chacune d'elles a fait un diagnostic organisationnel afin de connaître les états d'avancement. Certaines adaptations de l'environnement ont également été apportées. Des indicateurs sont également suivis dans les installations.

1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale

La réorganisation des CSSS en CISSS a modifié le mécanisme de concertation et de coordination. Ceci implique que certains partenaires ont changé lorsque l'on considère le niveau où les prises de décisions sont faites. De plus, la modification dans la composante Gestion de cas par rapport à intervenant en gestion de cas implique une façon différente de calculer le nombre d'usagers impliqués. À la suite de ces modifications, nous ne pouvons donc plus comparer les deux grilles. Une révision complète de la grille dans la prochaine année permettra d'ajuster le tout à la nouvelle réalité du CISSS.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Brigitte Fraser et Cathy Bérubé DATE : 25 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020

Axe d'intervention : Personnes vulnérables

Objectif de résultats : 12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	794	745	861
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie	ND	28	33

COMMENTAIRES :

1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Au cours de cette année, 861 personnes ont été traitées à domicile. Lorsque possible, nous intensifions les soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Nous essayons de respecter les choix de la clientèle de rester le plus longtemps possible à la maison ou y demeurer jusqu'au décès. Les soins palliatifs et de fin de vie sont administrés soit par une équipe dédiée ou par l'équipe du SAD.

1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie

Nous avons actuellement 31 lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie sur le territoire bas-laurentien. Ces lits sont disponibles dans les différentes installations du réseau régional.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Brigitte Fraser DATE : 24 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020			
Axe d'intervention :	Personnes vulnérables		
Objectif de résultats :	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves		
Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	ND	268	266
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	ND	187	106

COMMENTAIRES :

En mai 2015, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a réalisé des visites d'appréciation des équipes de suivi intensif dans le milieu (SI) et des équipes de suivi d'intensité variable (SIV).

Le mandat du CNESM est d'aider au développement des meilleures pratiques en santé mentale. Plus précisément, le CNESM :

- Favorise l'instauration de pratiques cliniques de qualité pour des clientèles ciblées en s'appuyant sur des données probantes.
- Soutient l'implantation et l'amélioration continue de la qualité des programmes de suivi intensif en équipe (SIM) et de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour les adultes atteints d'un trouble mental grave.

Dans la région, toutes les équipes SIV ont obtenu la reconnaissance du CNESM quant à leurs pratiques cliniques et l'organisation du travail. Au total, la région atteint donc la cible.

En ce qui a trait aux équipes de suivi intensif dans le milieu, le nombre total de places disponibles est effectivement de 187. Par contre, une seule équipe rencontre l'ensemble des critères de reconnaissance du CNESM. Donc, au Bas-Saint-Laurent, 106 places sont reconnues. Les autres places (81) sont en démarche d'amélioration afin de rencontrer les éléments manquants et ainsi atteindre les engagements.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Frédéric Gagnon DATE : 10 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS DU PS 2015-2020			
Axe d'intervention :	Mobilisation du personnel		
Objectif de résultats :	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau		
Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,16	5,29	5,78
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,50	3,30	3,58
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,47	0,49	0,39

COMMENTAIRES :

3.01-Ratio d'heures en assurance salaire

Bien que la cible régionale n'ait pas été atteinte, nous nous situons tout de même mieux que la moyenne du Québec (6,29 %) à cet égard.

Une augmentation du nombre d'arrêts de travail pour des problèmes de nature psychologique est à la hausse ainsi que le nombre de consultations au PAE. De plus, nous remarquons que le nombre de nouveaux dossiers par période est en moyenne de 102 comparativement à la fermeture d'environ 90 par période.

Différents chantiers sont prévus au sein de l'organisation pour améliorer la situation. Soulignons que l'équipe du service de santé, qui compte plus de 40 % de nouveaux employés, a été restructurée et est en voie de stabilisation.

3.05.02-Taux d'heures supplémentaires

La cible de 3,30 % de l'entente de gestion du CISSS du Bas-Saint-Laurent n'a pas été atteinte.

Les gestionnaires sont sensibilisés à réduire le recours au temps supplémentaire.

Les marges de manœuvre sont de plus en plus utilisées lors de la confection des horaires de travail tout en respectant les conventions collectives en vigueur.

La réorganisation de services entrainera une analyse de la structure actuelle des postes.

Différents chantiers sont en cours au sein de l'organisation. Par contre, les nombreuses modifications au plan d'organisation, la hausse en assurance salaire et la difficulté de recrutement dans certains titres d'emplois ont entrainé une augmentation des heures supplémentaires. La diminution de l'utilisation de la MOI peut également avoir contribué à augmenter le taux d'heures supplémentaires.

3.06.00 Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

La cible de 0,49 % de l'entente de gestion du CISSS du Bas-Saint-Laurent est respectée.

Les gestionnaires sont sensibilisés à réduire le recours à la MOI.

Les marges de manœuvre sont de plus en plus utilisées lors de la confection des horaires de travail tout en respectant les conventions collectives en vigueur.

Une planification de main-d'œuvre annuelle permet d'anticiper les besoins de personnel et de mettre en place les actions nécessaires afin de favoriser un recrutement optimal.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Annie Leclerc DATE : 25 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS EG2

Secteurs d'activités : Santé publique

Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	73,3 %	65 %	47,6 %

COMMENTAIRES :
L'engagement convenu dans l'EGI, qui était de 65 % des écoles, n'est pas atteint selon les données extraites du fichier I-CLSC. Des éléments d'analyse permettent toutefois de justifier les écarts.

Concernant la saisie et ce que traduit l'indicateur :

- Concernant les individus responsables de la saisie dans les installations, plusieurs d'entre eux, soit 6 sur 8, ont changé dans la dernière année. Il est vraisemblable que la saisie statistique des dernières périodes n'ait pas mis en lumière l'ensemble des écoles ayant adhéré à la démarche puisque les nouveaux répondants, qui sont aussi agents de promotion et prévention en saines habitudes de vie (APP-SHV), ont déjà un guide de saisie statistique I-CLSC qui n'incluait pas la notion « d'Écoles en santé »;
- Après vérification, nous savons maintenant que les APP-SHV ayant ajouté la responsabilité de l'AES dans leurs tâches dans la dernière année n'ont pas saisi de statistiques en lien avec cette approche. Nous pouvons aussi confirmer qu'une répondante de l'AES, qui est par la suite devenue APP-SHV en conservant le mandat de l'AES, a cessé d'entrer de telles statistiques, s'étant conformée uniquement au guide de saisie statistique des APP-SHV. Ceci confirme néanmoins qu'un travail régional devra rapidement être fait afin de normaliser la saisie statistique et de témoigner de la globalité des activités réalisées en lien avec l'AES;
- Dans une installation, à titre d'exemple, le résultat saisi dans I-CLSC est de 13,3 % et il s'avère, suite à une vérification, que 100 % des écoles de ce territoire adhèrent de fait à AES;
- Depuis 2011, la région progresse continuellement au niveau du % d'atteinte de notre engagement;
- En comparaison avec les autres CISSS et CIUSSS du Québec, notre engagement (65 % des écoles) est relativement élevé; les engagements varient entre 24 % et 93 % des écoles, mais la moyenne québécoise se situe à 64 %.

Concernant toutes les activités réalisées :

- Il est important de considérer que cet indicateur est limitatif, en ce qui a trait à la démonstration de l'ensemble des activités de PP réalisées en milieu scolaire; de multiples actions se réalisent par de multiples professionnels en dehors de l'AES;
- En effet, si une école n'adhère pas à la démarche telle que proposée (démarche globale, du début à la fin), l'ensemble des activités qui y sont réalisées sera mis en statistiques, mais pas dans la catégorie AES; les écoles participantes n'apparaîtront donc pas à l'entente de gestion.

Nous considérons donc être sur la bonne voie. Par ailleurs, des arrimages seront faits auprès des nouveaux porteurs de dossiers de l'AES au niveau local. Nous avons de multiples thématiques communes en milieu scolaire et travaillons en partenariat avec l'équipe jeunesse à ce niveau. Nous croyons, de façon subjective, que notre engagement est probablement atteint, mais le tout demeure à valider statistiquement. Une harmonisation des modes de saisie statistique nous aidera à témoigner de la globalité du travail réalisé.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Julie Desrosiers DATE : 18 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS EG2

Secteurs d'activités : Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	90 %	100 %
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100 %	0 %

COMMENTAIRES : (Direction de la santé publique et Direction des soins infirmiers)

1.01.19.03-EG2 Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC-USI)

Les taux cibles des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs (BACC-USI) en 2016-2017 sont basés sur le 90e percentile des résultats des 67 installations participantes au programme de surveillance pour les trois dernières années. Celles-ci sont catégorisées selon le type de soins et la mission (universitaire ou non) des services pour les adultes.

Deux installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent ont un nombre de lits suffisant pour participer au programme de surveillance, soit l'Hôpital régional de Rimouski et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage. Ils font partie de la catégorie « adulte non universitaire » dont le taux cible est de 2,02 par 1 000 jours-cathéters. Les taux observés des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent sont respectivement de 0 cas par 1 000 jours-cathéters, respectant ainsi leur taux cible en 2015-2016.

1.01.25-EG2 Comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel dans les installations offrant des services de la mission-classe CHSGS

La nouvelle cible 2015-2016 réfère à la mise en place fonctionnelle d'un seul comité PCI (un comité stratégique central) dans l'établissement (Bulletin - Suivi des ententes de gestion, vol. 12, no 7) contrairement au libellé ci-dessus. En raison de la réforme de la santé, seulement deux rencontres de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) faisant office du Comité de PCI du CISSS ont été tenues en 2015-2016. Même si la tenue de quatre rencontres était requise pour atteindre la cible, le fonctionnement des activités en PCI n'en a pas été affecté significativement. La Direction des soins infirmiers (DSI) a coordonné le travail des infirmières en PCI et les activités régulières de PCI avec la collaboration des médecins microbiologistes-infectiologues et de la Direction de la santé publique. Un nouveau modèle organisationnel a été développé en cours d'année et le nouveau Comité directeur de PCI, présidé par le président-directeur adjoint, pourra encadrer les unités opérationnelles et structurer le fonctionnement des activités de toutes les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

* Résultats en date du 31 mars 2015

** Résultats en date du : 9 mai 2016 (Sources (BACC-USI) : taux observés Info centre INSPQ, 9 mai 2016; taux ciblés : Indicateurs de la planification stratégique 2015-2020, INSPQ, 18 novembre 2015)

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Daniel Bolduc (DSPu) et Danielle Savard (DSI-A) DATE : 19 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS EG2

Secteurs d'activités : Services généraux

Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	92,4 %	90 %	87,1 %

COMMENTAIRES :

Le service Info-Social est déployé et fonctionnel pour la région 01 sur une base de 24 heures, 7 jours/7. Le service est composé exclusivement d'une équipe de travailleurs sociaux membres de l'ordre professionnel dont la formation sur la version 4 a été complétée pour chacun. Les effectifs sont répartis sur 4 ETC/24 heures selon un horaire constant et prédéfini.

Les mises à jour et un soutien quotidien, visant à parfaire et maintenir les compétences, sont assurés par un coordonnateur clinique. Notons qu'à cette fin, un processus d'encadrement professionnel formel a été mis sur pied en février 2016. La consultation clinique et des activités de supervision de même qu'un processus d'appréciation (autoévaluation, audits d'appels et rencontres administratives) sont au cœur de l'encadrement et ces activités sont échelonnées sur une base annuelle.

La progression, quant au nombre d'appels traités, évolue positivement depuis son entrée en vigueur en 2012. Le service aura traité et accueilli un peu plus de 3 310 appels pour 2015-2016. Par contre, selon les données extraites du CCMA, le taux de réponse n'atteint toujours pas la cible de 90 % à chaque période (moyenne de 87% pour 2015-2016). Cet état de fait invite l'organisation à analyser et proposer les stratégies qui s'imposent afin de rectifier la situation. Des mesures sont d'ailleurs envisagées à cet effet.

Quelques ententes de partenariat ont été élaborées antérieurement au sein du SRISIS. Notons, entre autres, des éléments de collaboration avec le Centre de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent, L'APPUI Bas-Saint-Laurent, la Maison d'hébergement « La bouffée d'air », la SQ, de même qu'avec des AAOR (qui étaient alors rattachés administrativement au CSSS de chacune des MRC). Deux autres ententes sont actuellement en questionnement, soit celle de la Direction de la protection de la jeunesse (prise d'appel uniquement, sans intervention) et celle du CAUREQ (centre de relais).

Un programme local de clientèle enregistrée a été mis sur pied avec quelques sites (anciennement CSSS). Celui-ci nécessite consolidation, éducation et promotion afin d'en optimiser les retombées pour la clientèle. Enfin, un programme de mobilisation est également en cours pour la clientèle dite « récidivante » (grands consommateurs de services) afin d'intervenir sur leur autoresponsabilisation et leur propre prise en charge.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Cathy Bérubé DATE : 5 avril 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS EG2			
Secteurs d'activités : Dépendance			
Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	66,5 %	80 %	75,9 %

COMMENTAIRES :

En 2015-2016, le CRDBSL a travaillé à l'atteinte de la cible visée, soit 80 %, par le biais de diverses stratégies. En voici quelques-unes :

- Sensibiliser les intervenants à l'importance de la saisie de données dans le SIC CRD;
- Soutien à la saisie de données, lorsque requis, par le pilote régional;
- Encadrement professionnel offert aux intervenants pour une amélioration de l'accès au service pour la clientèle (volet évaluation spécialisée);
- Révision du processus d'accueil (incluant l'évaluation spécialisée) dans certains territoires où il y avait de l'attente (fait en 2014-2015).

Il faut préciser que ce travail d'accompagnement et de révision des processus est à poursuivre, particulièrement si l'on considère le changement vécu dans le réseau de la santé au cours de la dernière année (mouvement des gestionnaires et période d'appropriation des dossiers à considérer) en 2016-2017, puisque l'objectif est d'atteindre la cible afin d'assurer un service aux usagers en besoin, et ce, en termes de qualité, d'accès et de continuité.

Également, si l'on compare le résultat 2014-2015 à celui de 2015-2016, on constate que les stratégies mises en place ont porté fruit et que de poursuivre ce travail ne peut qu'être gagnant.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Nathalie Gagnon DATE : 18 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS EG2			
Secteurs d'activités : Cardiologie tertiaire			
Indicateurs	**Résultats* 2014-2015**	**Engagements 2015-2016**	**Résultats** 2015-2016**
1.09.08A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	NA	NA	NA
1.09.08B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	NA	NA	NA
1.09.09A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	NA	NA	NA
1.09.09B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	NA	NA	NA
1.09.10A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	NA	NA	NA
1.09.10B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	NA	NA	NA

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS EG2

Secteurs d'activités : Déficience

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de service traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93,4 %	90 %	93,4 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	ND	90 %	92,7 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96,4 %	90 %	92,8 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	ND	90 %	86,2 %

COMMENTAIRES :
Sauf pour les demandes traitées en CRDI-TSA, les cibles ont toutes été atteintes. Ainsi, la non-atteinte de la cible est principalement occasionnée par le faible nombre de demandes totales. Le non-respect du délai pour une demande fait diminuer considérablement notre pourcentage d'atteinte de la cible.

Afin de corriger la situation, un outil de suivi des listes d'attente a été mis en place et a été associé à un mécanisme de suivi visant à permettre aux gestionnaires et aux intervenants de faciliter les suivis et la prise en charge des clientèles dans le respect des délais prescrits.

2015-2016			
TOUTES PRIORITÉS Nombre de demandes	P6	P10	P13
Délai respecté	41	73	100
Demandes total	43	85	116
Demandes - délai non respecté	2	12	16
TAUX	95,35%	85,88 %	86,21%

2015-2016			
PRIORITÉ URGENTE	P6	P10	P13
Délai respecté	1	2	2
Demandes total	1	3	3
Demandes - délai non respecté	0	1	1
TAUX	100,00%	66,67%	66,67%
PRIORITÉ ÉLEVÉE	P6	P10	P13
Délai respecté	31	54	78
Demandes total	33	63	91
Demandes - délai non respecté	2	9	13
TAUX	93,94%	85,71%	85,71%
PRIORITÉ MODÉRÉE	P6	P10	P13
Délai respecté	9	17	20
Demandes total	9	19	22
Demandes - délai non respecté	0	2	2
TAUX	100,00%	89,47%	90,9%

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Catherine Delorme DATE : 11 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS EG2

Secteurs d'activités : Hygiène et salubrité

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	50 %	100 %	50 %

COMMENTAIRES :

Témiscouata : 100 %. La prise en charge est complète, car du personnel est dédié à la désinfection de l'équipement. Postes inclus dans la base budgétaire.

Kamouraska : 50 %. La prise en charge des zones grises est effectuée par le service d'hygiène et salubrité et non par les secteurs cliniques pour ce qui concerne l'entre-patient.

Rivière-du-Loup : 20 %. La prise en charge des zones grises est complète seulement pour l'unité des soins intensifs.

Rimouski : 20 %. La prise en charge des zones grises est complète seulement pour l'unité des soins intensifs et partiellement dans certains secteurs d'activités.

La Matanie : 50 %. La prise en charge des zones grises est partielle. Il y a eu l'achat d'équipements dans certains secteurs d'activités. Ce matériel est dédié à la clientèle tout au long de son séjour et désinfecté au départ.

Matapédia : 50 %. Au 31 mars 2015, le niveau de réalisation des zones grises était à 100 %. Il y a eu retrait des ressources dédiées aux zones grises. Certains secteurs ont continué en ce qui concerne l'entre-patient ce qui explique le pourcentage estimé.

Mesures mises en place pour redresser la situation et atteindre la cible :

Mise en place d'un comité stratégique pour le dossier des zones grises. Ce comité est composé de représentants des directions cliniques, du Service d'hygiène et salubrité, du Service de prévention des infections et de la Direction de la santé publique. Ce comité a établi l'ordre des secteurs prioritaires ainsi que les équipements à prioriser pour la poursuite du déploiement du dossier des zones grises.

Nous prévoyons également l'achat d'équipements afin d'apporter du soutien aux équipes et favoriser l'atteinte de notre engagement.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE : Brigitte Lavoie DATE : 26 mai 2016

FICHE DE REDDITION DE COMPTES DE L'EGI 2015-2016 – INDICATEURS EG2

Secteurs d'activités : Ressources technologiques

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS)	96,5 %	95 %	94 %

COMMENTAIRES :

Différentes difficultés organisationnelles ont impacté l'atteinte de l'objectif fixé à 95 % :

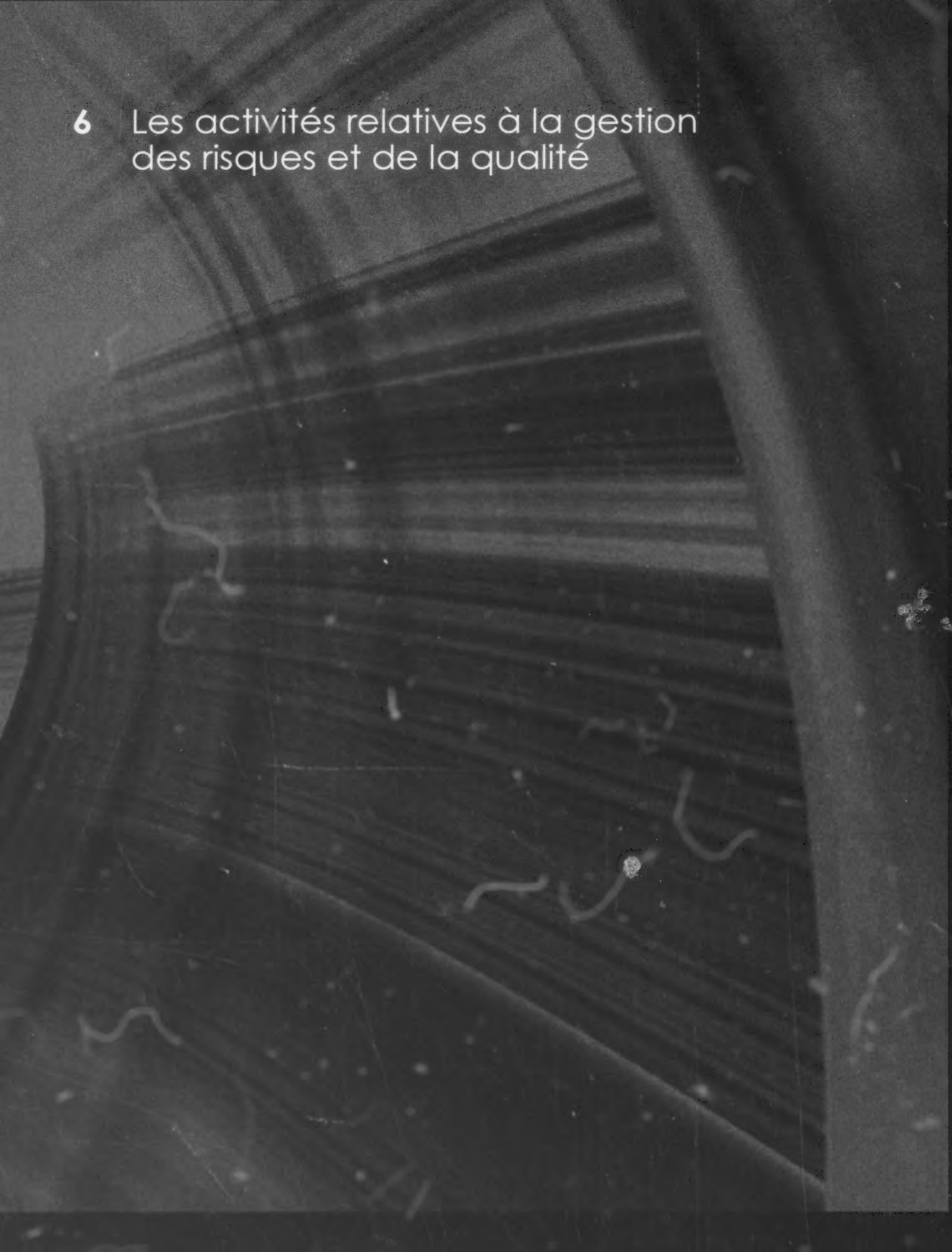
- Le délai de remplacement pour certains pilotes locaux ainsi que la mise à niveau de l'utilisation et du fonctionnement du répertoire des ressources;
- Le passage en « mode automatique » des mises à jour pour une MRC de notre territoire a demandé et demande encore des ajustements;
- Pour un meilleur suivi de la mise à jour des ressources auprès de nos pilotes locaux, il serait plus à propos d'avoir accès à un historique dans le calendrier pour des références antérieures.

* Résultats en date du 31 mars 2015 ** Résultats en date du 31 mars 2016

ÉTABLISSEMENT : CISSS du Bas-Saint-Laurent

PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LA FICHE :Nathalie Bélanger DATE : 24 MAI 2016

6 Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité



6 Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Plusieurs installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent étaient en suivi de leur démarche d'agrément au cours de la dernière année. Nous présentons ici les tableaux des suivis et preuves supplémentaires déposées par les différentes installations, tel que prévu avec Agrément Canada.

Installations du Kamouraska

Des preuves supplémentaires ont été déposées le 24 mars 2016.

CRITÈRES	NORMES
Normes sur le leadership	14.5
Gestion des médicaments	10.3
Prévention des infections	12.18
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	6.3, 7.3, 7.4, 8.10, 8.13, 9.5, 10.8
Normes relatives aux salles d'opération	13.6
Services d'imagerie diagnostique	8.9, 18.3
Services de chirurgie	9.3
Services de laboratoires biomédicaux	7.1, 16.1, 19.1, 20.5, 27.3, 30.9, 30.10
Services des urgences	11.1
Services transfusionnels	2.1, 6.3, 17.6, 18.4, 18.5, 18.6, 20.10, 21.2, 21.4, 21.5

À la suite de l'évaluation du Comité d'approbation d'Agrément Canada, certaines exigences demeurent à remplir pour maintenir le statut. Les exigences non respectées sont les suivantes :

CRITÈRES	NORMES
Normes sur le leadership	14.5
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	6.3, 7.3, 7.4, 8.10, 8.13, 9.5
Services transfusionnels	21.2, 21.4, 21.5

Installations du Témiscouata

Des preuves supplémentaires furent déposées le 10 octobre 2015.

CRITÈRES	NORMES
Services de soins intensifs	16.4
Services de soins intensifs	16.5
Services des urgences	2.6
Soins et services à domicile	4.8
Normes de gestion des médicaments	1.3.5

À la suite du dépôt de ces preuves, les installations du Témiscouata ont respecté les exigences en matière de suivi d'Agrément Canada.

Installations de Rivière-du-Loup

Des preuves supplémentaires furent déposées le 20 novembre 2015.

CRITÈRES	NORMES
Gestion des médicaments	2.3.1, 2.5.1, 2.5.4, 2.5.5, 2.5.8
Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	9.15.5, 9.15.6
Services d'obstétrique	9.6.1, 9.6.2
Services de chirurgie	7.14.4, 7.14.5
Services de médecine	7.6.1, 7.6.2
Services de santé mentale	10.6.1, 10.6.2, 10.6.4, 10.6.5
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	12.4.2, 12.4.3, 12.4.5
Services de soins de longue durée	7.5.2, 7.5.3, 7.5.4
Services de soins intensifs	7.7.1, 7.7.2, 7.7.3, 7.7.4, 7.7.5
Services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu	7.6.1, 7.6.2, 7.6.3
Services des urgences	8.4.1
Soins ambulatoires	8.4.1, 8.4.2
Soins et services à domicile	6.8.1, 6.8.3, 8.6.2

À la suite de l'évaluation du Comité d'approbation d'Agrément Canada, certaines exigences doivent être complétées pour maintenir ce statut. Les exigences non respectées sont les suivantes :

CRITÈRES	NORMES
Gestion des médicaments	2.5.4, 2.5.5
Gestion des médicaments	14.6.7
Services de chirurgie	7.7.3
Services de médecine	7.4.3
Normes sur le leadership	11.3
Prévention des infections	13.11
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	6.6, 7.3
Normes relatives aux salles d'opération	3.6, 13.1
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	12.7
Services de laboratoires biomédicaux	9.5, 26.5
Services transfusionnels	21.2, 21.4

Les installations de Les Basques

Des preuves supplémentaires furent déposées le 21 novembre 2015.

CRITÈRES	NORMES
Normes sur le leadership	9.7.3
Banques de sang et services transfusionnels	18.1
Laboratoires et banques de sang	7.3, 9.1, 9.6, 14.7, 22.5
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	7.4, 8.10
Services d'imagerie diagnostique	5.1
Services des urgences	15.5

À la suite de l'évaluation du Comité d'approbation d'Agrément Canada, certaines exigences doivent être respectées pour maintenir ce statut. Ce sont les suivantes :

CRITÈRES	NORMES
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	7.4
Services d'imagerie diagnostique	5.1

Les installations de Rimouski

Des preuves supplémentaires furent déposées le 14 février 2016.

CRITÈRES	NORMES
Normes sur le leadership	(15.8.4), (2.10.8)
Services de chirurgie	7.9.4
Services de médecine	9.4.4
Normes sur le leadership	1.4, 16.2
Prévention des infections	8.1, 11.4
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	10.1
Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	7.1, 7.3, 18.1
Services de laboratoires biomédicaux	19.1, 20.2, 30.8
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	17.8
Services de soins de longue durée	14.2

À la suite du dépôt de ces preuves, les installations de Rimouski ont respecté les exigences en matière de suivi d'Agrément Canada.

Les installations de La Mitis

Visite d'évaluation en octobre 2015 : maintien du statut d'agrément avec un résultat de conformité de 93 %.

Les exigences non respectées sont présentées dans le tableau suivant :

CRITÈRES	NORMES
Normes sur le leadership	10.7
Gestion des médicaments	15.2
Normes sur les analyses de biologie délocalisées	5.5, 6.4, 6.5, 10.1, 10.8
Services d'imagerie diagnostique	4.4
Services de laboratoires biomédicaux	2.3, 10.5, 18.5, 20.2, 20.5, 26.5, 27.2, 27.6, 29.1
Services transfusionnels	2.1

Les installations de La Matanie

Des preuves supplémentaires ont été déposées, pour le 19 février 2016.

CRITÈRES	NORMES
Normes sur le leadership	15.8.6
Normes sur le leadership	12.2, 16.1
Gestion des médicaments	8.2, 9.6, 13.2, 25.2
Services de soins de longue durée	7.7, 10.10
Services de soins intensifs	3.9, 9.4, 10.8, 10.9, 16.6
Services transfusionnels	21.4
Soins ambulatoires	17.5
Services de soins de longue durée	7.7, 10.10
Services de soins intensifs	3.9, 9.4, 10.8, 10.9, 16.6
Services transfusionnels	21.4
Soins ambulatoires	17.5

À la suite de l'évaluation du Comité d'approbation d'Agrément Canada, il reste encore certaines exigences à remplir pour maintenir ce statut. Les exigences non respectées sont les suivantes :

CRITÈRES	NORMES
Normes sur le leadership	12.2
Gestion des médicaments et prévention des infections	8.2

Les installations de La Matapédia

Des preuves supplémentaires ont fait l'objet d'un dépôt, pour le 20 février 2016.

CRITÈRES	NORMES
Services d'imagerie diagnostique	5.4

À la suite du dépôt de ces preuves, les installations de La Matapédia ont respecté les exigences en matière de suivi d'Agrément Canada.

CRDITED et Centre jeunesse

Les plans d'amélioration pour chacune de ces installations couvraient la période 2013 à 2017. Les recommandations contraignantes émises par le Conseil québécois d'Agrément ont été répondues dans les délais requis. Considérant la mise en place du CISSS, les actions d'ordre clinique inscrites au plan d'amélioration ont été priorisées.

Perspectives d'action pour la prochaine année au sein du CISSS du Bas-Saint-Laurent

- Dépôt de preuves supplémentaires auprès d'Agrément Canada :

  Installations du Kamouraska : 24 septembre 2016
  Installations de Rivière-du-Loup : 20 mai 2016
  Installations des Basques : 5 mai 2016
  Installations de La Mitis : 8 mars 2017
  Installations de Matane : 19 août 2016

- Agrément du service de médecine dentaire de l'installation de La Mitis : 26 mai 2016.
- Organisation et planification de la première démarche d'agrément du CISSS du Bas-Saint-Laurent prévue en novembre 2017 :
  - Élaboration d'un calendrier organisationnel de la démarche;
  - Mise en place de comités qualité stratégique et opérationnel;
  - Amorce de l'élaboration des plans d'amélioration.

La sécurité des soins et des services

PROMOTION DE LA DÉCLARATION ET LA DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS

- Publication de capsules de sensibilisation à la gestion des risques dans le journal interne lors de la Semaine nationale de la sécurité des patients, qui s'est tenue du 26 au 31 octobre 2015;
- Diffusion d'une capsule d'information présentée aux gestionnaires sur la divulgation des événements en mars 2016;
- Présentation intitulée « La gestion des risques : une culture de sécurité et une responsabilité partagée » présentée aux directeurs et gestionnaires des différentes directions (95 personnes) par les conseillères cadres;
- Formations individuelles ou de groupes aux gestionnaires portant sur le processus de gestion des risques;
- Formation au personnel sur la déclaration et la façon de remplir le formulaire des incidents et accidents (54 personnes pôle Centre et 56 personnes pôle Est);
- Formation des propriétaires des ressources intermédiaires (RI) des installations du Témiscouata.

RAPPORTS DU CORONER

- Bilan
  - Réception et traitement de quatre rapports de coroner pour l'année 2015-2016;
  - Causes de décès : suicides (3) et conséquences d'une chute en milieu d'hébergement;
  - Plan d'action en cours pour chacune des recommandations et suivis auprès des différentes directions;
  - Suivi de trois recommandations du coroner émises antérieurement pour les installations de Rimouski : suivi complété pour l'une de celles-ci.

- Actions mises en place pour appliquer les recommandations du coroner.
  - Implantation d'une grille de suivi neurologique et d'une ordonnance collective relative à la fréquence de la surveillance des patients hospitalisés victimes d'un traumatisme crânien;
  - Traitement d'un accident en événement sentinelle par le comité de gestion des risques et recommandations transmises à la DPSAPA relativement à l'évaluation et au suivi des nouveaux résidents;
  - Élaboration et diffusion d'une formation en prévention des chutes au personnel des unités de soins;
  - Inscription au Plan de développement des ressources humaines 2016-2017 de la formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire selon les bonnes pratiques » et élaboration d'un plan de déploiement auprès des intervenants de la DPJ et de la DPJe;
  - Planification d'une formation sur le suicide pour les médecins de la région;
  - Élaboration d'un état de situation sur le processus de référence et de communication entre un service de psychiatrie et un service de santé mentale communautaire, consultation du Centre national d'expertise en santé mentale et planification des travaux de révision du mécanisme d'accès;
  - Transmission d'un rapport à la directrice adjointe de la DQEP pour traitement, par la conseillère cadre en gestion des risques, en événement sentinelle.

APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

Pour l'année 2015-2016, les données étant incomplètes, l'évaluation n'a pu être effectuée.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

On retrouve sur le site Internet du CISSS du Bas-Saint-Laurent, dans la section Plaintes et droits des usagers, différents renseignements sur le régime d'examen des plaintes, entre autres :

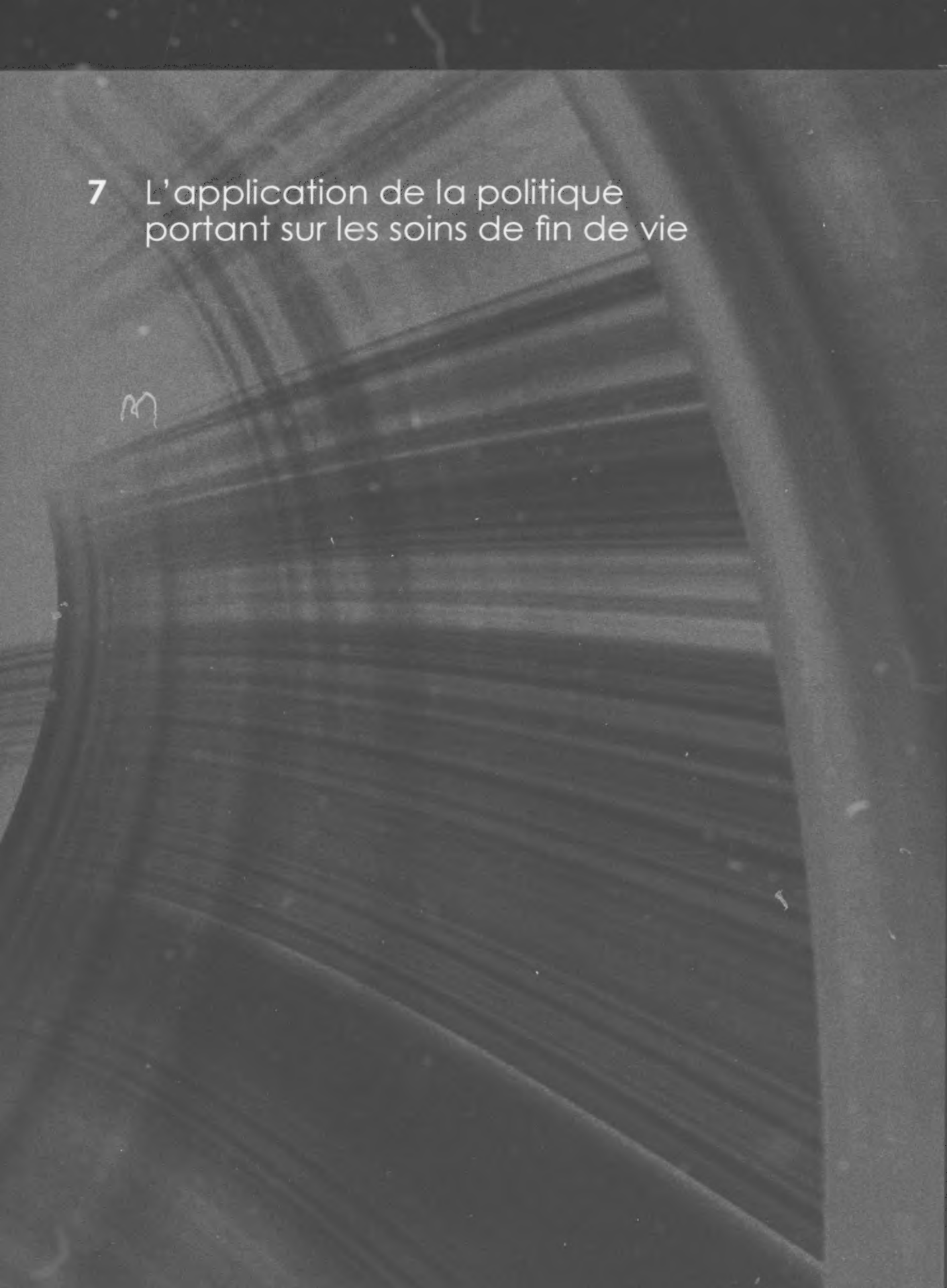
- Le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes;
- Les coordonnées :
  - de la commissaire et des commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services;
  - des comités des usagers de la région (CUCI et CUC);
  - du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – CAAP Bas-Saint-Laurent;
  - de PLAIDD-BF (Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve);
  - du Protecteur du citoyen.

Pour joindre le Service des plaintes et de la qualité du service :
- Par téléphone : 1 844 255-7568
- Par courriel : plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

L'information et la consultation de la population

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a mis sur pied ou participé, en cours d'année, à différents événements qui avaient pour but d'informer la population et de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services. Participation à plusieurs tables régionales de concertation, nombreux échanges avec les élus, présentation du colloque Vieillir en santé, ce sont là autant d'occasions pour interagir avec la population et différentes associations, dont celles regroupant les personnes aînées, ainsi que les secteurs municipal, communautaire, de la santé et des services sociaux, de la recherche, de l'emploi et de l'éducation. Dans la foulée, l'établissement entend, dans la prochaine année, mettre sur pied une table de concertation des partenaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent afin de travailler de concert pour améliorer la santé et le bien-être de notre population.

7 L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie



7 L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

- Mise en place d'une gouverne clinique pour soutenir tous les travaux reliés à son déploiement et tenue des rencontres du comité stratégique et du comité de coordination clinique aux quatre à six semaines.

- Élaboration d'une politique portant sur les responsabilités de l'établissement en matière de soins de fin de vie adoptée par le conseil d'administration le 9 décembre 2015.

- Mise en place des procédures et des protocoles cliniques liés à l'aide médicale à mourir et à la sédation palliative continue.

- Révision du code d'éthique afin d'ajouter les droits des usagers et les droits des professionnels en lien avec la Loi concernant les soins de fin de vie.

- Formation à plus de 500 professionnels de la santé afin de les préparer à donner les soins de fin de vie sur le territoire.

- Soins palliatifs et de fin de vie à domicile dispensés à 863 personnes et à 241 personnes dans les maisons de soins palliatifs. Six personnes ont reçu une sédation palliative continue sur le territoire. Des trois personnes qui ont fait une demande d'aide médicale à mourir, une personne a reçu le soin, alors que les deux autres ne répondaient pas aux critères déterminés par la Loi.

8 Les ressources humaines

8 Les ressources humaines

Effectifs du personnel au 31 mars 2016	2015-2016	EXERCICE PRÉCÉDENT	VARIATION
Temps complet cadre, nombre de personnes*	225	00	00
Temps partiel cadre - Nombre de personnes - Équivalents temps complets	12 8,78	00 00	00 00
Personnes bénéficiant de mesures de stabilités d'emploi (cadre)	23	00	00
Personnel régulier : Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	3 462	00	00
Temps partiel** : - Nombre de personnes - Équivalents temps complets	2 254 1 412,47	00 00	00 00
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	7	00	00

* Excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilités d'emploi
** excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilités d'emploi

Effectif du personnel non-détenteur de postes (occasionnels) au 31 mars 2016	2015-2016	EXERCICE PRÉCÉDENT	VARIATION
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 857 343, 48	00	00
Équivalents temps complet	1 012,73	00	00

Malgré des efforts de recrutement soutenus, certains postes sont plus difficiles à combler, notamment en soins infirmiers pour les secteurs de l'hébergement et des spécialités. De plus, nous devons conjuguer avec un manque de ressources pour le remplacement de professionnels en psychologie et en réadaptation. Cependant, ces situations demeurent marginales.

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Nombre d'employés

INSTALLATIONS	NOMBRE
Rivière-du-Loup	1 307
Témiscouata	535
Rimouski	2 386
Mitis	727
Matapédia	515
Matane	589
Kamouraska	600
Basques	234
CRDITED	337
Centre jeunesse	369
TOTAL	**7 599**

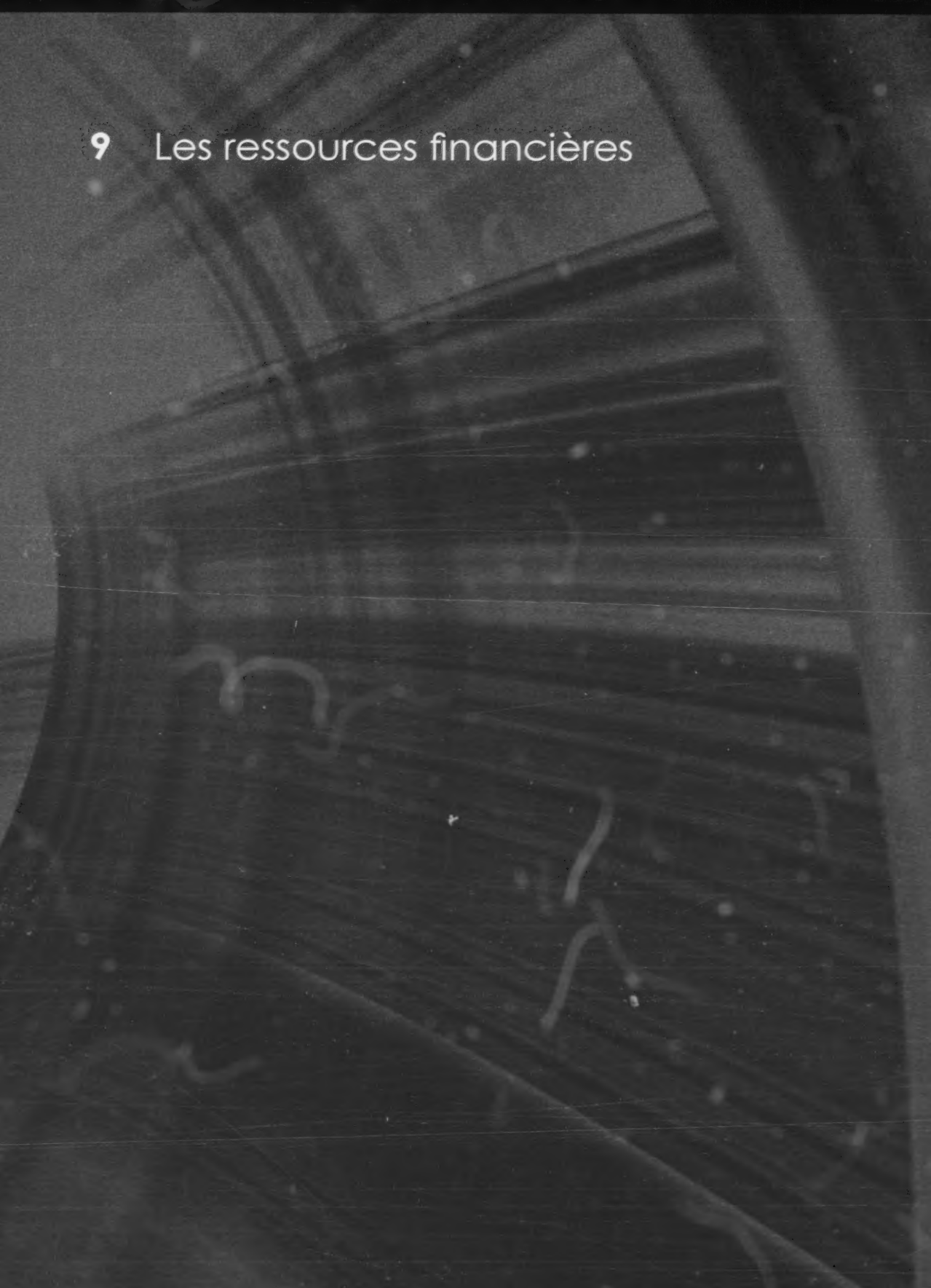
Nombre d'employés par catégorie d'emploi

CATÉGORIE D'EMPLOI	NOMBRE
Personnel d'encadrement	260
Personnel en soins infirmiers	2 214
Personnel de soutien et paratechnique	2 031
Personnel de bureau	1 047
Techniciens et professionnels de la santé	1 938
Pharmaciens	45
Biochimistes	3
Physiciens	6
Autres	55
TOTAL	**7 599**

Nombres d'embauches

INSTALLATIONS	NOMBRE
Rivière-du-Loup	125
Témiscouata	50
Rimouski	279
Mitis	96
Matapédia	61
Matane	81
Kamouraska	82
Basques	52
CRDITED	30
Centre jeunesse	37
TOTAL	**893**

9 Les ressources financières



9 Les ressources financières

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	1104-5119	100-00 /

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

15/06/2016	Isabelle Malo	Isabelle Malo
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
15/06/2016	Caroline Ouellet	
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	Directrice des ressources financières	
	Fonction	

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

MALLETTE

Mallette S.E.N.C.R.L.

19-1564 boulevard Jacques-Cartier
Mont-Joli QC G5H 2W6

Téléphone 418 775-7294
Télécopie 418 775-3601
Courriel info.mjmallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers résumés ci-joints du CISSS du Bas-Saint-Laurent, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016, et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2016. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'évènements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CISSS du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2016. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS
(suite)

Opinion (suite)

québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées.

De plus, comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2016 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des anomalies décrites, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CISSS du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets, des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comportent un paragraphe d'autre point indiquant que sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes inter-établissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création de CISSS du Bas-Saint-Laurent et à partir desquels a été créé CISSS du Bas-Saint-Laurent. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Mallette S.E.N.C.R.L.[1]

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Mont-Joli, Canada
Le 15 juin 2016

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex courant (R de P358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (FI P408)	1	592 607 367	576 436 917	31 960 122	608 397 039	607 107 555
Subventions Gouvernement du Canada (FI P294)	2		96 726		96 726	83 150
Contributions des usagers	3	36 375 390	36 680 998	XXXX	36 680 998	35 887 868
Ventes de services et recouvrements	4	6 780 095	6 583 003	XXXX	6 583 003	8 141 260
Donations (FI P294)	5	1 617 054	106 721	1 445 864	1 552 585	1 796 610
Revenus de placement (FI P302)	6	496 637	609 717	81 986	691 703	777 039
Revenus de type commercial	7	2 726 053	2 740 983	37 788	2 778 771	2 513 990
Gain sur disposition (FI P302)	8	1 000				6 739
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI P302)	11	5 112 750	8 208 515	115 864	8 324 379	14 125 662
TOTAL (L 01 à L 11)	12	647 716 346	631 463 580	33 641 624	665 105 204	670 439 873
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	403 559 528	415 287 833	XXXX	415 287 833	416 379 420
Médicaments	14	17 660 526	18 699 674	XXXX	18 699 674	19 395 219
Produits sanguins	15	8 324 972	7 896 928	XXXX	7 896 928	7 533 473
Fournitures médicales et chirurgicales	16	20 511 290	21 700 114	XXXX	21 700 114	22 242 319
Denrées alimentaires	17	4 813 757	5 115 251	XXXX	5 115 251	4 873 214
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	50 292 039	47 087 734	XXXX	47 087 734	47 055 438
Frais financiers (FI P325)	19	13 743 430		8 139 016	8 139 016	8 771 836
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	724 365	10 249 101	2 026 504	12 275 605	7 209 391
Créances douteuses	21	67 500	268 577	XXXX	268 577	208 317
Loyers	22	7 514 055	7 890 935	XXXX	7 890 935	8 200 366
Amortissement des immobilisations (FI P422)	23	23 048 230	XXXX	23 618 557	23 618 557	23 685 974
Perte sur disposition d'immobilisations (FI P420, 421)	24	6 700	XXXX	111 097	111 097	441 420
Dépenses de transfert	25		24 045 393	XXXX	24 045 393	27 613 966
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI P325)	27	97 268 841	66 903 167		66 903 167	76 238 143
TOTAL (L 13 à L 27)	28	647 535 233	625 144 707	33 895 174	659 039 881	669 848 496
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L 12 - L 28)	29	181 113	6 318 873	(253 550)	6 065 323	591 377

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	562 780 531	576 133 895	303 022	576 436 917	576 451 658
Subventions Gouvernement du Canada (C2.P290/C3.P291)	2		30 019	66 707	96 726	83 150
Contributions des usagers (P301)	3	36 375 390	36 680 998	XXXX	36 680 998	35 887 868
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	8 780 095	6 583 003	XXXX	6 583 003	8 141 260
Donations (C2.P290/C3.P291)	5		106 721		106 721	51 973
Revenus de placement (P302)	6	426 387	580 037	29 680	609 717	679 862
Revenus de type commercial (P351)	7	2 726 053	XXXX	2 740 983	2 740 983	2 513 990
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	4 949 868	2 242 039	5 966 476	8 208 515	12 913 473
TOTAL (L 01 à L 11)	12	616 038 324	622 356 712	9 106 868	631 463 580	636 723 234
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2.P320/C3.P351)	13	403 959 526	410 983 161	4 304 672	415 287 833	416 379 420
Médicaments (P750)	14	17 660 526	18 699 674	XXXX	18 699 674	19 395 219
Produits sanguins	15	8 324 972	7 896 928	XXXX	7 896 928	7 533 473
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	20 511 290	21 700 114	XXXX	21 700 114	22 242 319
Denrées alimentaires	17	4 813 757	5 115 251	XXXX	5 115 251	4 873 214
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	50 292 039	47 087 734	XXXX	47 087 734	47 055 438
Frais financiers (P325)	19	6 007 641		XXXX		
Entretien et réparations (P325)	20		10 219 808	29 293	10 249 101	6 205 227
Créances douteuses (C2.P301)	21	67 500	268 577		268 577	208 317
Loyers	22	7 514 055	7 792 451	98 484	7 890 935	8 200 366
Dépenses de transfert (P325)	23		24 045 393		24 045 393	27 613 966
Autres charges (P325)	24	97 205 141	64 270 725	2 832 442	66 903 167	76 167 111
TOTAL (L 13 à L 24)	25	615 956 449	618 079 816	7 064 891	625 144 707	635 874 070
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L 12 - L 25)	26	81 875	4 276 896	2 041 977	6 318 873	849 164

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex courant	Fonds immobilisations Ex courant	Total Ex courant (C1+C2)	Total Ex préc	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	19 569 818	13 760 136	33 329 954	32 738 577	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3		(4 815 171)	(4 815 171)	XXXX	15
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	19 569 818	8 944 965	28 514 783	32 738 577	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	6 318 873	(253 550)	6 065 323	591 377	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(2 512 371)	2 512 371	0		16
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(2 512 371)	2 512 371			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	23 376 320	11 203 786	34 580 106	33 329 954	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	14 458 937	808 767	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	20 121 569	32 521 187	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	34 580 106	33 329 954	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex courant (C1+C2)	Total Ex préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	57 463 718	4 358 565	61 822 283	61 114 532
Placements temporaires	2	5 448 725		5 448 725	5 045 436
Débiteurs - MSSS (FE P362, FI P408)	3	17 173 061	4 733 996	21 907 057	19 348 181
Autres débiteurs (FE P360, FI P400)	4	9 066 091	1 713 752	10 779 843	10 552 518
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(2 184 764)	2 184 764	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE P362, FI P408)	7	45 016 404	25 604 068	70 620 472	66 207 006
Placements de portefeuille	8	1 944 262		1 944 262	1 929 485
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	749 102	749 102	680 587
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE P360, FI P400)	12	1 995 288	687 312	2 682 600	2 954 136
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L 01 à L 12)	13	135 922 785	40 031 559	175 954 344	167 831 881
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE P365, FI P403)	14		17 951 007	17 951 007	29 484 173
Créditeurs - MSSS (FE P362, FI P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE P361, FI P401)	16	54 716 138	1 668 202	56 384 340	58 107 160
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX	7 950	7 950	14 435
Intérêts courus à payer (FE P361, FI P401)	18		1 988 996	1 988 996	2 363 519
Revenus reportés (FE P290 et 291, FI P294)	19	15 482 192	30 758 056	46 240 248	42 601 487
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI P403)	21	XXXX	275 431 530	275 431 530	265 812 123
Passif au titre des sites contaminés (FI P401)	22	XXXX	2 745 000	2 745 000	2 745 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE P363)	23	50 358 518	XXXX	50 358 518	49 728 788
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE P361, FI P401)	25	1 771 759	20 512	1 792 271	2 026 444
TOTAL DES PASSIFS (L 14 à L 25)	26	122 328 607	330 571 253	452 899 860	452 883 129
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L 13 - L 26)	27	13 594 178	(290 539 694)	(276 945 516)	(285 051 248)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI P420, 421, 422)	28	XXXX	301 743 480	301 743 480	305 381 589
Stocks de fournitures (FE P360)	29	8 516 391	XXXX	8 516 391	8 899 767
Frais payés d'avance (FE P360, FI P400)	30	1 265 751		1 265 751	4 099 846
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L 28 à L 30)	31	9 782 142	301 743 480	311 525 622	318 381 202
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L 27 + L 31 - L 32)	33	23 376 320	11 203 786	34 580 106	33 329 954

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex Courant (C2+C3)	Total - Ex Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(270 501 167)	6 570 205	(291 621 453)	(285 051 248)	(282 068 819)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3			(4 815 171)	(4 815 171)	XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L 01 à L 03)	4	(270 501 167)	6 570 205	(296 436 624)	(289 866 419)	(282 068 819)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P 200, L 29)	5		6 318 873	(253 550)	6 065 323	591 377
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI P421)	6		XXXX	(20 163 372)	(20 163 372)	(28 469 859)
Amortissement de l'exercice (FI P422)	7		XXXX	23 618 557	23 618 557	23 685 974
(Gain)/Perte sur dispositions (FI P208)	8		XXXX	111 097	111 097	434 681
Produits sur dispositions (FI P208)	9		XXXX	71 827	71 827	32 194
Réduction de valeurs (FI P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L 06 à L 13)	14		XXXX	3 638 109	3 638 109	(4 317 010)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(46 698 165)	XXXX	(46 698 165)	(37 509 078)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(1 265 751)		(1 265 751)	(2 407 175)
Utilisation de stocks de fournitures	17		47 081 541	XXXX	47 081 541	38 156 354
Utilisation de frais payés d'avance	18		4 099 846		4 099 846	2 503 103
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L 15 à L 18)	19		3 217 471		3 217 471	743 204
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(2 512 371)	2 512 371	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L 05 + L 14 + L 19 + L 20)	21		7 023 973	5 896 930	12 920 903	(2 982 429)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L 04 + L 21)	22	(270 501 167)	13 594 178	(290 539 694)	(276 945 516)	(285 051 248)

ETAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	6 065 323	591 377	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	3 217 471	743 204	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	111 097	434 681	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations - Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(2 577 039)	(1 639 067)	
Amortissement des immobilisations	8	23 618 557	23 685 974	
Réduction pour moins value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	283 554	207 717	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	5 315 277	(1 395 387)	17
Autres (préciser P297)	13	268 577	(1 482 006)	18
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L 02 à L 13)	14	30 237 494	20 555 116	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(1 024 407)	13 384 560	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L 01 + L 14 + L 15)	16	35 278 410	34 531 053	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(22 429 545)	(28 958 358)	
Produits de disposition d'immobilisations	18	71 827	32 194	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L 17 + L 18)	19	(22 357 718)	(28 926 164)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	3 124 222	(63 904)	
Placements de portefeuille effectués	21	(14 777)	(83 415)	
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L 20 à L 23)	24	3 109 445	(147 319)	

ETAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1		29 171 243	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(261 709)	(31 418 985)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	70 063 026	57 112 975	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(81 596 192)	(51 566 467)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	(11 794 875)	3 298 766	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208.00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208.01, L.09)	10	4 235 262	8 756 336	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	63 035 746	54 279 410	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	67 271 008	63 035 746	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT				
Encaisse	13	61 822 283	61 114 532	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14	5 448 725	1 921 214	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	67 271 008	63 035 746	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT				
Débiteurs - MSSS	1	(2 534 200)	3 546 702	
Autres débiteurs	2	641 632	(657 517)	
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	152 372	496 405	
Frais reportés liés aux dettes	4	(352 069)	(128 087)	
Autres éléments d'actifs	5	271 535	(117 795)	
Créditeurs - MSSS	6		670 307	
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(618 855)	1 779 008	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(6 485)	(85 553)	
Intérêts courus à payer	9	(374 523)	(21 804)	
Revenus reportés	10	1 400 629	7 298 883	
Passif au titre des sites contaminés	11			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	629 730	57 473	
Autres éléments de passifs	13	(234 173)	546 538	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L 01 à L 13)	14	(1 024 407)	13 384 560	
AUTRES RENSEIGNEMENTS				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	1 692 205	2 469 189	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16	2 500	24 594	
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	17	5 315 277	6 613 110	19
Intérêts				
Intérêts créditeurs (revenus)	18	691 703	1 598 165	
Intérêts encaissés (revenus)	19	688 411	1 410 660	
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	7 855 460	6 876 177	
Intérêts déboursés (dépenses)	21	8 229 983	6 964 209	

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS PAR PROGRAMME-SERVICE	
PROGRAMME-SERVICE	NON AUDITÉES TOTAL
Déficience physique	19 304 628 $
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	99 747 044 $
Jeunes en difficulté	31 007 866 $
Dépendances	1 741 563 $
Déficience intellectuelle et TSA	32 039 494 $
Santé mentale	29 552 574 $
Santé physique	237 500 399 $
Administration	42 083 604 $
Soutien aux services	46 080 389 $
Gestion des bâtiments et des équipements	42 552 535 $
Santé publique	8 591 692 $
Services généraux, activités cliniques et aides	27 878 028 $
Activités accessoires complémentaires et commerciales	7 064 891 $
Total par programme-service	625 144 707 $

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

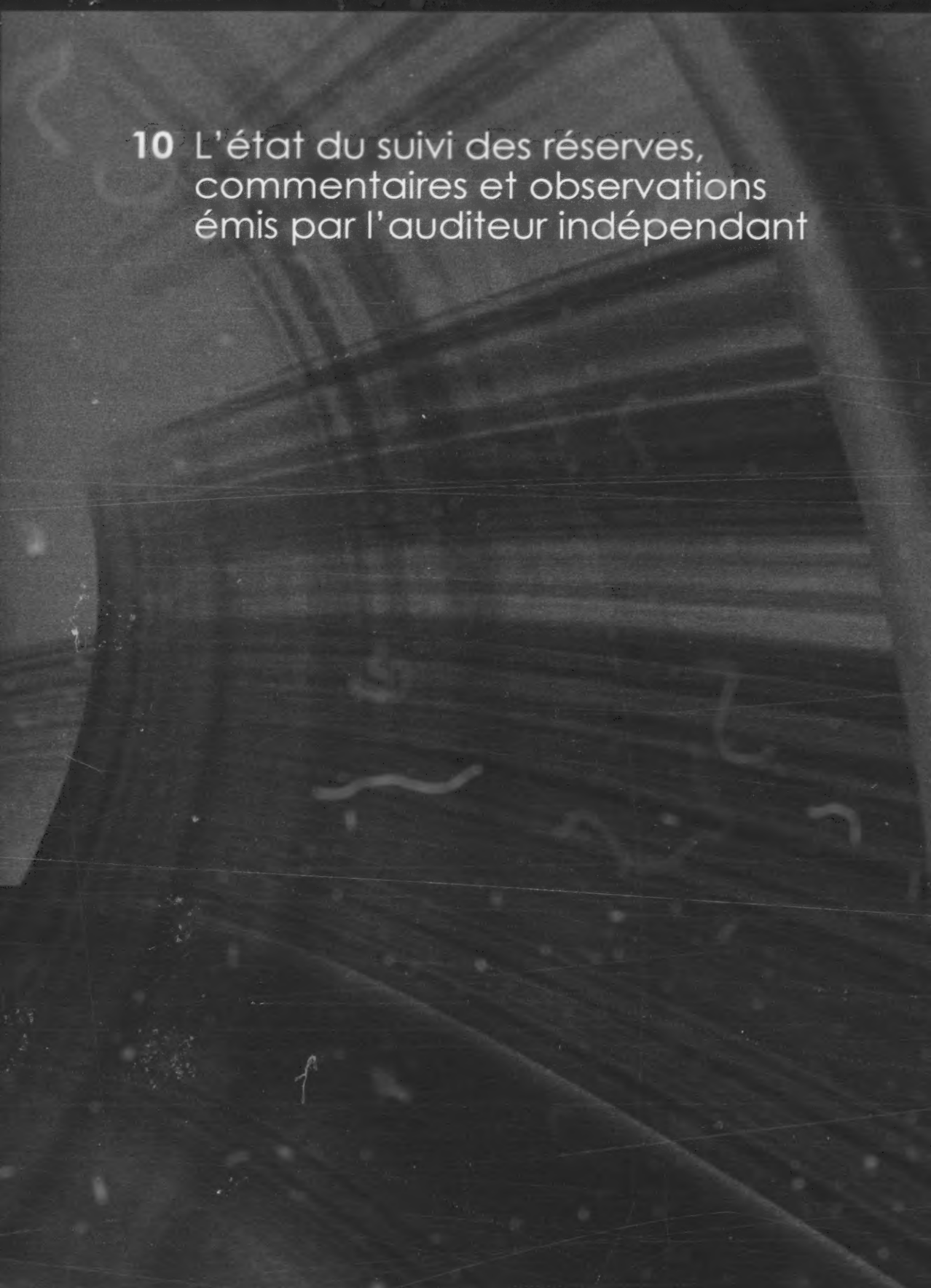
L'établissement respecte l'équilibre budgétaire entre ses revenus et ses charges globalement ainsi qu'au niveau de ses activités d'exploitation. L'écart déficitaire entre les revenus et les charges du fonds d'immobilisations découlent du respect des normes comptables concernant la présentation des dépenses d'amortissement reliées aux immobilisations financées par les soldes de fonds accumulés.

CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1er AVRIL ET LE 31 MARS 2016		
	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique[1]	3	139 980,62 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	34	3 171 030,43 $
Total des contrats de services	37	3 311 011,05 $

[1] Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

[2] Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectifs, en commandite ou en participation.

10 L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant



10 L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement | Code | Page / Idn.
CISSS du Bas-Saint-Laurent | 1104-5119 | 146-00 /

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2016**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comme exigés par le MSSS, les paiements de transfert sont comptabilisés uniquement lorsque les paiements ont fait l'objet d'un vote à l'Assemblée nationale ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2013	R	Aucune, car directive du MSSS.			NR
Baux conclus avec la SQI comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que les conditions sont celles d'un contrat de location-acquisition.	2010	R	Aucune, car directive du MSSS.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Installation Les Basques : Centre d'activités 6530 - unités de mesure l'usager non auditées.	2014	R	Ces unités ont été auditées cette année et aucune anomalie.	R		
Installation Les Basques : Centres d'activités 6322, 6530, 6831 et 7060, unités de mesure A ou B non auditées.	2015	R	Ces unités ont été auditées cette année et aucune anomalie.	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Installation Les Basques : Anomalie non corrigée d'un remboursement CSST présenté dans les créditeurs.	2015	C	La correction a été effectuée en date du 1er avril 2015.	R		
Installation CJ : Non-conformité à l'article 519 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.	2000	C	Le MSSS est au courant de cette non-conformité. Voir explications à la page 123-00.	R		
Installation Les Basques : Huit contrats octroyés dérogent à la circulaire du MSSS.	2015	C	Pas de nouveau contrat cette année.	R		

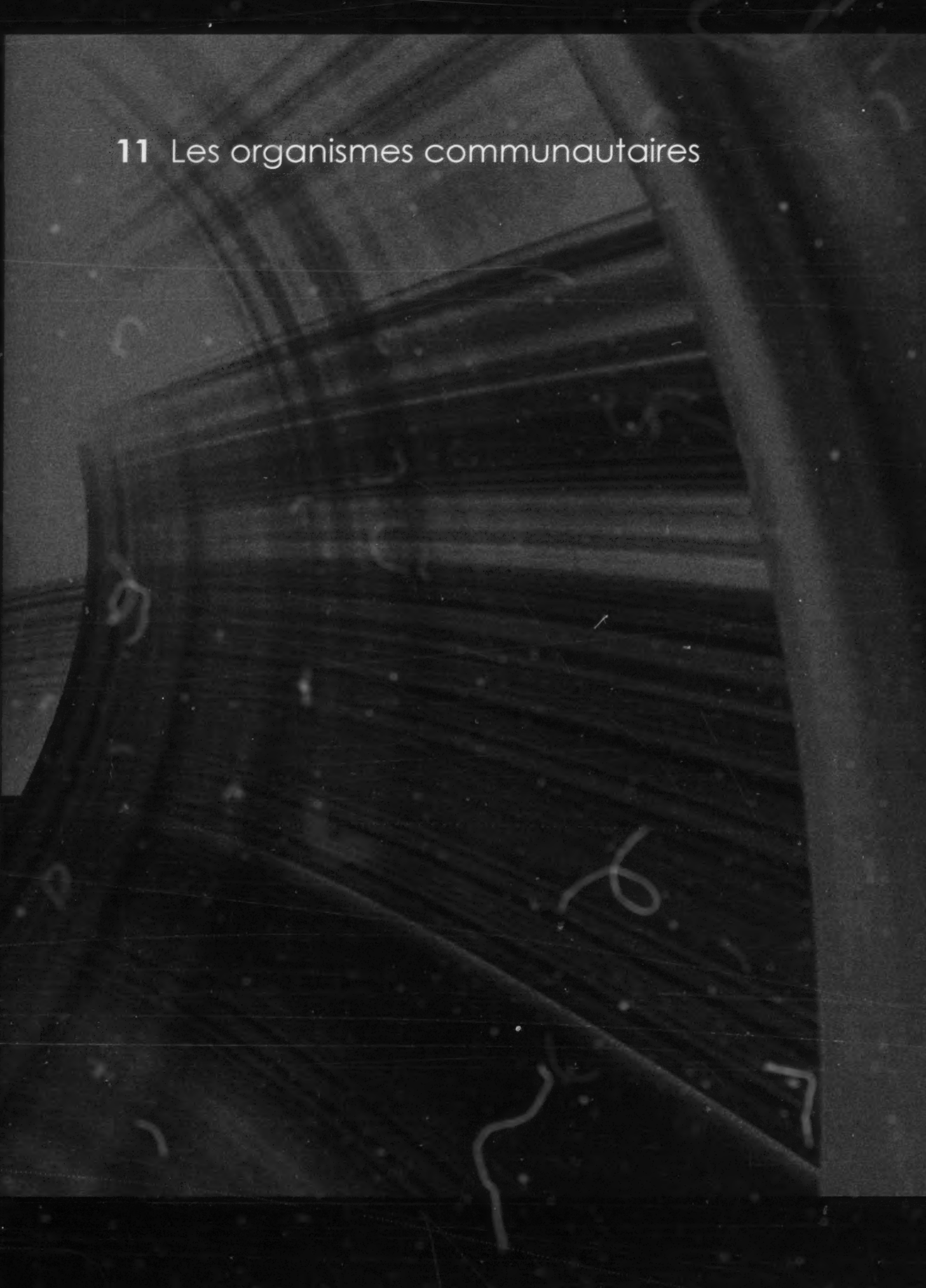
AS-471 - Rapport financier annuel | Gabarit LPRG-2016.1.0 | Révisée: 2015-2016

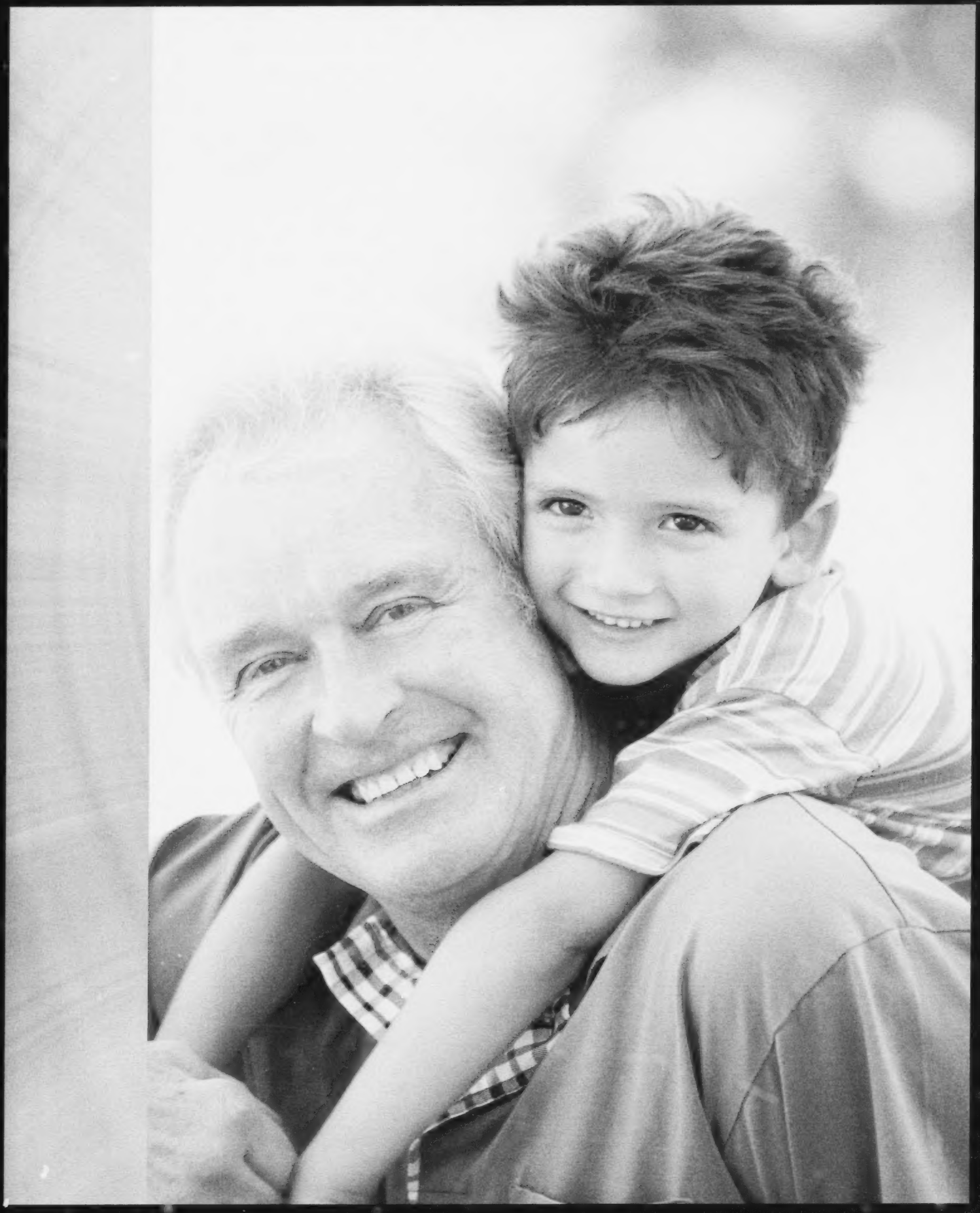
Timbre validateur: 2016-06-14 13:25:57 | Rapport V 1.0

Rapport à la gouvernance						
Registre permanent des immobilisations non implanté.	2012	O	Les systèmes financiers ne permettent pas d'avoir un inventaire permanent des immobilisations.			NR
À la suite de la fusion des installations, lorsqu'une unité ne doit être comptabilisée qu'une seule fois selon une période de temps définie, les systèmes d'information ne permettent pas de faire cette distinction pour l'ensemble de l'établissement puisqu'ils fonctionnent de façon autonome par installation.	2016	O	Aucune, par contre, les incidences de cette dérogation aux définitions et explications du MGF sur le rapport financier n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.			NR
La description du système de compilation des unités de mesure n'est pas complète pour toutes les unités de mesure.	2014	O	En processus de réalisation.		PR	
Un plan directeur de la sécurité des actifs informationnels devrait être adopté.	2009	O	Mise en place d'un comité en sécurité de l'information. Un plan d'action a été fait pour 2016-2017.		PR	
Installations Les Basques, Témiscouata et Matane : Contrôle au niveau des opérations, fonctions incompatibles.	2009	O	La comptabilité a été centralisée, donc il n'y a plus ces problématiques qui étaient spécifiques à ces installations.	R		
Installation Les Basques : Contrôle de surveillance est requis, autorisation de la liste des dépôts directs avant la transmission à l'institution financière.	2013	O	La comptabilité a été centralisée donc il n'y a plus cette problématique qui était spécifique à l'installation.	R		
Installation Les Basques : Les conciliations bancaires mensuelles ne sont pas approuvées.	2015	O	La comptabilité a été centralisée, donc il n'y a plus cette problématique qui était spécifique à l'installation.	R		
Installation Témiscouata : Contrôle au niveau de la saisie des factures.	2013	O	La comptabilité a été centralisée, donc il n'y a plus cette problématique qui était spécifique à l'installation.	R		
Installation Témiscouata : Lors des tests, nous avons relevé certaines factures dont les taxes ont été réclamées alors qu'elles n'étaient pas admissibles au remboursement.	2015	O	La comptabilité a été centralisée, donc il n'y a plus cette problématique qui était spécifique à l'installation.	R		
Installation Témiscouata : S'assurer de faire un suivi mensuel entre les états de compte et les factures.	2015	O	La comptabilité a été centralisée, donc il n'y a plus cette problématique qui était spécifique à l'installation.	R		

Installation Témiscouata : Mise à jour des fichiers maitres des fournisseurs.	2009	O	La comptabilité a été centralisée donc il n'y a plus cette problématique qui était spécifique à l'installation.	R		
Installation Témiscouata : Les salaires à payer doivent être conciliés à chaque versement de la paie (aux deux semaines).	2015	O	La comptabilité a été centralisée donc il n'y a plus cette problématique qui était spécifique à l'installation.	R		
Installation Témiscouata : La direction devrait mettre en oeuvre des processus pour identifier les risques de fraudes et pour répondre à ces risques. Le comite d'audit devrait exercer une surveillance sur ces processus.	2010	O	Les processus mis en place par l'établissement permettent de réduire les risques de fraudes.	R		
Installation Témiscouata : Unités de mesure, il y a des rapports périodiques qui ne sont pas approuvés par les gestionnaires.	2010	O	La plupart des rapports sont informatisés.	R		
Installations Témiscouata et Kamouraska : L'établissement devra redresser le solde du fonds d'immobilisations et les revenus reportés pour s'assurer de respecter la norme du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public sur la comptabilisation des immobilisations corporelles acquises à même les subventions de fonctionnement.	2015	O	Le redressement a été effectué en date du 1er avril 2015.	R		
Installation Rivière-du-Loup : Opérations avec la Fondation.	2012	O	Entente finalisée.	R		
Installation Matane : Politique d'achat et de gestion.	2012	O	L'installation a adopté la politique de l'établissement.	R		

11 Les organismes communautaires





11 Les organismes communautaires

Nombre d'organismes communautaires

- Il y a 124 organismes communautaires qui ont été subventionnés au PSOC.

Tableau des subventions accordées en 2015-2016

- Répartition du financement.

Les actions réalisées au suivi de la reddition de comptes

- Rappel annuel des documents à fournir ainsi que les délais normatifs s'y rattachant;
- Lors de la réception des rapports d'activités et rapports financiers, une validation de la conformité de ceux-ci est effectuée, et ce, en lien avec la brochure : « La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale » et la convention 2015 2018;
- Un suivi s'impose et est réalisé dans le cas où un organisme présente un excédent financier accumulé non affecté supérieur à 25 % de ses dépenses annuelles.

LES ALLOCATIONS FINANCIÈRES RÉGULIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Organismes de promotion et de services

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2015-2016	2014-2015
MRC DE KAMOURASKA		
Carrefour des jeunes de La Pocatière	89 337 $	88 452 $
L'Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	45 808 $	45 354 $
Quartier-jeunesse 1995	89 335 $	88 450 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	237 621 $	238 321 $
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	45 808 $	45 354 $
Maison de la famille du Kamouraska	14 576 $	14 432 $
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	206 834 $	154 216 $
Services Kam-Aide inc.	0 $	172 340 $
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	135 987 $	134 641 $
Tandem-Jeunesse	291 503 $	313 617 $
Arc-en-ciel du cœur	33 689 $	33 355 $
Moisson Kamouraska	53 743 $	62 477 $
Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	191 345 $	191 730 $
TOTAL – KAMOURASKA	**1 435 586 $**	**1 582 739 $**

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2015-2016	2014-2015
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP		
Centre-femmes du Grand-Portage	191 346 $	194 188 $
Les Grands Amis du KRTB	33 689 $	33 355 $
Carrefour d'initiatives populaires de RDL	72 065 $	71 351 $
La Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	82 844 $	82 024 $
Justice alternative du KRTB inc.	185 212 $	161 449 $
La Maison des jeunes de Saint-Épiphane	73 952 $	73 220 $
Association des stomisés du Grand-Portage	10 354 $	10 251 $
Trajectoires hommes du KRTB	207 752 $	208 095 $
Association Multi-défis	65 629 $	64 979 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	221 768 $	371 125 $
Comité d'accompagnement La Source inc.	33 689 $	33 355 $
Ass. québécoise de la dysphasie, région Bas-St-Laurent	37 244 $	36 875 $
Centre prévention suicide du KRTB	169 295 $	167 619 $
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	157 383 $	155 825 $
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	439 337 $	434 987 $
Centre-jeunes de Cacouna	40 681 $	40 278 $
Corporation du comité jeunesse	40 135 $	39 738 $
Les Diabétiques amis du KRTB	36 048 $	42 491 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	129 308 $	128 300 $
TOTAL – RIVIÈRE-DU-LOUP	**2 227 731 $**	**2 349 505 $**

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2015-2016	2014-2015
MRC DE TÉMISCOUATA		
Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	64 665 $	64 025 $
Centre de femmes du Témiscouata	191 347 $	189 452 $
Le Centre de femmes du Ô-Pays	191 348 $	189 693 $
L'Autre-Toit du KRTB	661 898 $	657 145 $
Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	64 607 $	63 967 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	208 091 $	367 497 $
Maison de la famille du Témiscouata	14 332 $	14 190 $
Source d'espoir Témis inc.	144 209 $	142 781 $
Place des jeunes de Squatec	44 415 $	43 975 $
Cuisines collectives de Dégelis	33 540 $	33 208 $
Maison des jeunes Pirana	38 453 $	38 072 $
Maison Entre-Deux de Cabano	38 453 $	38 072 $
Cuisines collectives du Haut-Pays	33 244 $	32 915 $
Cuisines collectives de Cabano	62 259 $	61 642 $
Maison des jeunes « La Piôle »	26 269 $	26 009 $
TOTAL – TÉMISCOUATA	**1 817 130 $**	**1 962 643 $**

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2015-2016	2014-2015
MRC DES BASQUES		
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	66 513 $	65 854 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	191 348 $	196 013 $
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	87 716 $	86 848 $
Centre d'action bénévole des Basques inc.	136 448 $	114 556 $
Périscope des Basques	106 810 $	108 152 $
Logis-Aide des Basques	0 $	99 493 $
Cuisine collective des Basques	31 212 $	30 903 $
TOTAL – LES BASQUES	**620 047 $**	**701 819 $**

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2015-2016	2014-2015
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE		
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	368 009 $	368 565 $
Centre femmes de Rimouski	191 451 $	189 555 $
Les Grands Amis de Rimouski	43 620 $	43 188 $
Association de la déficience intellectuelle (Région de Rimouski)	33 689 $	36 355 $
Maison des jeunes de Rimouski	113 088 $	111 968 $
Centre d'action bénévole Rimouski-Neigette	305 877 $	213 422 $
La Débrouille	731 032 $	723 794 $
Popote le gourmet roulant inc.	27 205 $	14 253 $
Justice alternative de l'Est	209 566 $	207 491 $
La Maison des jeunes du Bic	82 844 $	82 024 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	39 535 $	39 144 $
Santé mentale Québec Bas-Saint-Laurent	305 660 $	267 318 $
Le Répit du passant	292 755 $	289 856 $
Association du cancer de l'Est du Québec	34 973 $	575 188 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	271 139 $	268 841 $
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	109 005 $	109 726 $
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	207 752 $	205 695 $
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	41 228 $	40 820 $
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	48 116 $	47 640 $
Coup de main à domicile de Rimouski	0 $	202 981 $
Moisson Rimouski-Neigette inc.	72 901 $	78 569 $
Arrimage, Centre de réhabilitation alcoolisme et toxicomanie	320 569 $	321 757 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	119 107 $	117 928 $
Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent	114 430 $	113 296 $
Centre de prévention suicide et intervention de crise du BSL	914 744 $	917 679 $
PLAIDD du Bas-du-Fleuve	201 164 $	199 172 $
Regroupement des org. communautaires en santé mentale Bas-du-Fleuve	14 443 $	28 300 $
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	257 801 $	255 999 $
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	97 112 $	106 150 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	66 581 $	65 922 $
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	59 289 $	42 908 $
Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	27 496 $	27 224 $
Aux Trois Mâts	98 185 $	103 354 $
Centre périnatal Entre Deux Vagues	215 342 $	213 210 $
Répit-Loisirs Autonomie	130 464 $	153 672 $
Société canadienne de la sclérose en plaques	19 085 $	18 896 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	22 457 $	22 235 $
Autisme de l'Est-du-Québec	100 999 $	99 999 $
Entraide Le Rameau de Rimouski	53 638 $	0 $
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)	13 116 $	12 986 $
Autres organismes	0 $	244 250 $
TOTAL – RIMOUSKI-NEIGETTE	**6 375 467 $**	**7 181 330 $**

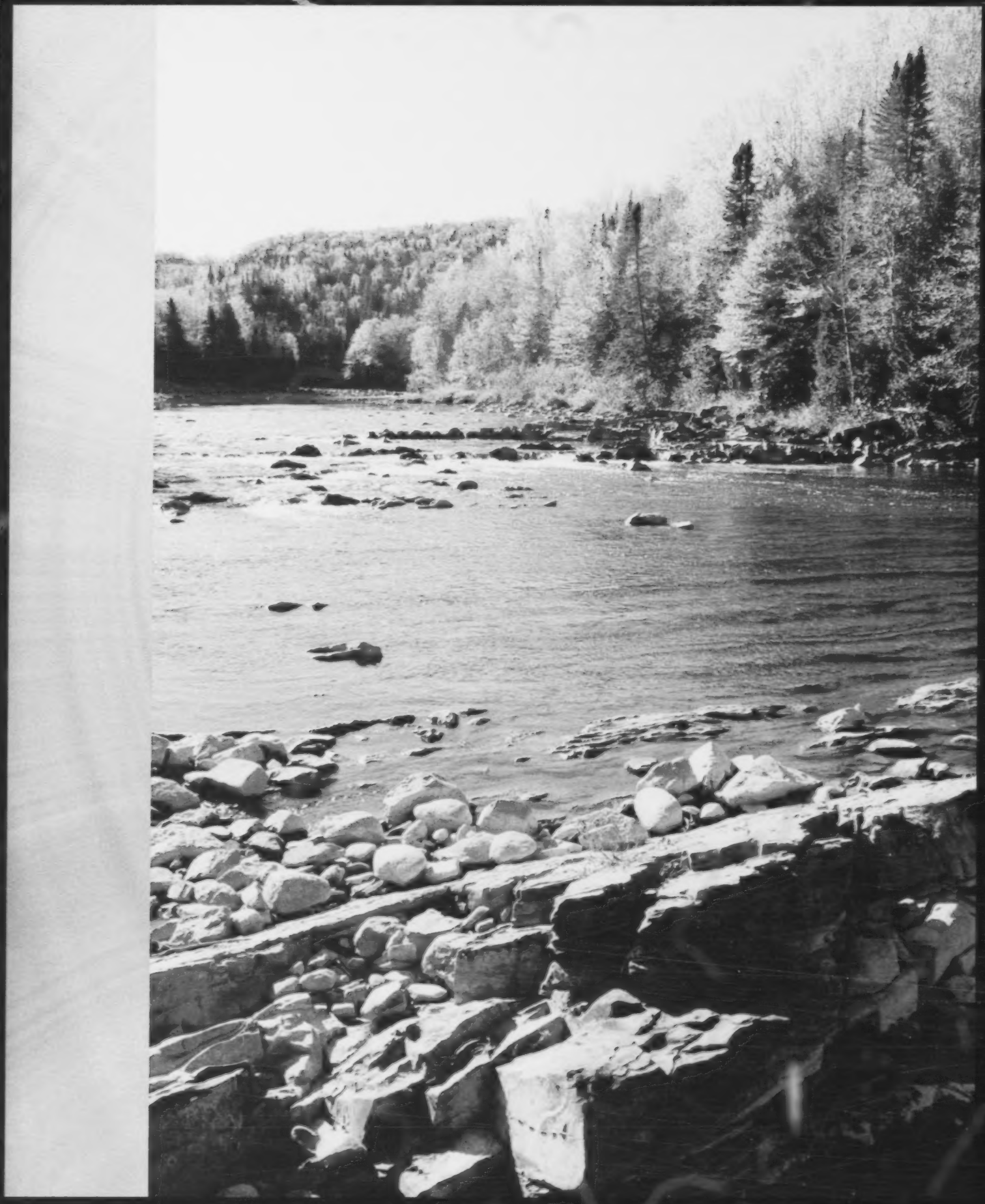
ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2015-2016	2014-2015
MRC DE LA MITIS		
Centre d'action bénévole de La Mitis	223 065 $	178 019 $
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	62 619 $	61 999 $
La Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	192 795 $	190 886 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	79 489 $	78 702 $
Les Bourgeons de La Mitis	0 $	171 890 $
La Maison des tournesols	149 445 $	147 965 $
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	293 463 $	274 110 $
Pivot-Famille Mitis	13 996 $	13 857 $
Centre femme de La Mitis	191 345 $	189 450 $
Société Parkinson BSL	10 872 $	10 764 $
TOTAL – LA MITIS	**1 217 089 $**	**1 317 642 $**

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2015-2016	2014-2015
MRC DE LA MATAPÉDIA		
Les Amirams de la Vallée inc.	63 186 $	65 660 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	178 644 $	139 384 $
La Jeunathèque d'Amqui inc.	106 913 $	105 854 $
La Maison des jeunes de Sayabec	82 844 $	82 024 $
La Maison des jeunes de Causapscal	73 952 $	75 720 $
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	191 345 $	192 690 $
Grands Amis de la Vallée	32 570 $	39 248 $
Rayon de partage en santé mentale	135 688 $	134 345 $
Aide-Maison Vallée de La Matapédia	0 $	154 030 $
Moisson Vallée Matapédia	52 651 $	59 453 $
La Maison des jeunes de Val-Brillant	40 391 $	39 991 $
Centre Éclosion inc.	11 229 $	11 118 $
TOTAL – LA MATAPÉDIA	**969 413 $**	**1 099 517 $**

ORGANISMES	ENVELOPPE	
	2015-2016	2014-2015
MRC DE LA MATANIE		
L'Association des handicapés gaspésiens	62 439 $	61 821 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	172 660 $	132 981 $
La Gigogne inc.	696 394 $	693 339 $
Maison des jeunes de Matane	113 088 $	111 968 $
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	54 284 $	53 747 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	191 345 $	194 450 $
Centre régional ADH « Le Tremplin »	287 454 $	288 058 $
Les Grands Amis de la région de Matane	33 689 $	33 355 $
Les Services à domicile de la région de Matane	0 $	192 486 $
La Cuisine collective de la région de Matane	48 742 $	48 259 $
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	141 444 $	140 044 $
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	211 910 $	153 029 $
Relais Santé (Matane)	71 039 $	60 273 $
TOTAL – LA MATANIE	**2 084 488 $**	**2 163 810 $**
MRC AUTRES		
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	53 964 $	53 430 $
TOTAL – MRC AUTRES	**53 964 $**	**53 430 $**
TOTAL GLOBAL	**16 800 915 $**	**18 412 435 $**
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	124	130

* Il peut arriver que l'on dénombre moins d'organismes puisque ceux-ci sont classés par siège social et non par programme. De plus, cette liste n'est pas exhaustive de toutes les sommes allouées aux organismes. À compter de 2015-2016, elle ne dénombre que les montants réguliers octroyés aux organismes communautaires.

LES ANNEXES
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration



LES ANNEXES

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration en mars 2016

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

SECTION 1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. FONDEMENT LÉGAL

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loisur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre 0-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances.

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. CHAMP D'APPLICATION

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5. DISPOSITION FINALE

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. DIFFUSION

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen ad hoc, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2
PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme membre du conseil d'administration cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre du conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 DISPONIBILITÉ ET COMPÉTENCE

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 RESPECT ET LOYAUTÉ

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 IMPARTIALITÉ

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 TRANSPARENCE

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 CONSIDÉRATIONS POLITIQUES

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 RELATIONS PUBLIQUES

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 CHARGE PUBLIQUE

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 BIENS ET SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 AVANTAGES ET CADEAUX

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 INTERVENTIONS INAPPROPRIÉES

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3
CONFLIT D'INTÉRÊTS

8. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

9. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

10. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

11. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

12. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

13. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

14. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4
APPLICATION

15. ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire Engagement et affirmation du membre de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

16. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un « comité d'examen ad hoc » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

17. COMITÉ D'EXAMEN AD HOC

17.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

17.2 Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

17.3 Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

17.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

17.5 Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

18. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

18.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entrainer une mesure, le cas échéant.

18.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.

18.3 Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.

18.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.

18.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

18.6 Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

18.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

18.8 Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

18.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

18.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

18.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

18.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

18.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

19. NOTION D'INDÉPENDANCE

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire Avis de bris du statut d'indépendance de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

20. OBLIGATIONS EN FIN DU MANDAT

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

ANNEXE I

ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____ (prénom et nom en lettres moulées), membre du conseil d'administration du CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS) DU BAS-SAINT-LAURENT, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

_____	_____
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature

ANNEXE II

AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ (prénom et nom en lettres moulées), déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent due aux faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

ANNEXE III

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____ , membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent,
(prénom et nom en lettres moulées)

déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

O Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

O Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

_____

_____

_____

2. Titre d'administrateur

O Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

O J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du (nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés) :

_____

_____

_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié ou liée par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

ANNEXE IV

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ , membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent,
(prénom et nom en lettres moulées)

déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

O Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

O Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

_____

_____

_____

2. Titre d'administrateur

O Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

O J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du (nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés) :

_____

_____

_____

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

ANNEXE V

DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, _____ (prénom et nom en lettres moulées), membre du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

ANNEXE VI

SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je, _____ (prénom et nom en lettres moulées) , estime que le membre suivant : _____ (prénom et nom en lettres moulées),

est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

ANNEXE VII

AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître,
(prénom et nom en lettres moulées)

sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

www.cisss-bsl.gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec

© CISSS-BSL septembre 2016 | Graphisme : Serge Gagnon | DRHCAJ